

Инициатива

Рядом с домом

В Кузбассе пациентов успешно лечат у «родного порога»



В Кузбассе подведены итоги летней выездной работы медицинских автопоездов. С 1 мая по 30 сентября специалисты мобильных диагностических комплексов осмотрели и проконсультировали «рядом с домом» 30 585 жителей удалённых территорий. В итоге 3488 человек (или каждый девятый из осмотренных) были направлены на дообследование в условиях областных медучреждений. 1585 пациентов там же и пролечились, ещё около полутора тысяч получили хирургическую помощь. Таким образом, людям удалось быстро, без суеты решить серьёзные проблемы со здоровьем.

...Недавно из отделения сосудистой хирургии Кемеровской областной клинической больницы выписали двух пациентов, госпитализированных по результатам выездных

Роман Султанов всегда находит время побеседовать «по душам» со своими подопечными

осмотров: обоим было выполнено протезирование брюшной аорты. Операции проводились в связи с ярко выраженным атеросклерозом этого самого крупного сосуда: пройти без остановки более 50 м эти больные уже не могли – из-за постоянных болей и онемения в ногах.

– Такое состояние развивается годами. Ухудшение наступает постепенно, и если не принять меры, может начаться гангрена. А это чревато ампутацией, – поясняет врач КОКБ Роман Султанов.

Именно доктор Султанов выявил этих пациентов в августе нынешнего года, когда в составе выездной бригады медицинского поезда проводил осмотр жителей в Ленинске-Кузнецком. В течение августа Роман Владимирович побывал ещё в городе

Полысаево и в деревне Перехляй. В Перехляе, например, население которого составляет около 900 человек, на приём к нему пришли 42 сельских жителя.

– Это много, – комментирует сосудистый хирург. – Большую часть пациентов заранее пригласил местный фельдшер, ориентируясь на их жалобы. Но были и самообращения. В основном люди с атеросклерозом и хронической венозной недостаточностью. Лечение было назначено всем, преимущественно консервативное. Ведь если вовремя выявлять заболевание и принимать меры, операция может не понадобиться вообще.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Современные технологии

Прежде всего – устранение стеноза

Специалисты Федерального центра нейрохирургии в Тюмени поставили «на поток» операцию по устранению сужения сосудов – каротидную эндартерэктомию. Это способ защититься от инсульта.

Как известно, многие факторы возникновения инсульта остаются неизменными, и существенно повлиять на них достаточно сложно, однако при выявлении атеросклероза сосудов шеи и головного мозга выход есть, это – операция по устранению стеноза сосуда – каротидная эндартерэктомия.

С появлением Федерального центра нейрохирургии в Тюмени благодаря высокой технической оснащённости и подобранной профессиональной команде медицинских работников такое вмешательство проведено более чем 1500 пациентам, из них 1250 – жители Тюменской области. В этом году сделано более 380 операций, из них более 300 для своих земляков. Важнейшим критерием уровня организации помощи является возраст пациентов – в центре проведены успешные операции для пациентов старше 80 лет.

Как подчёркивает главный врач центра Альберт Суфиянов, основной принцип современной нейрохирургии – безопасность для пациента, потому визитная карточка ФЦН в Тюмени – сохранение качества жизни человека, чтобы последствия любого хирургического вмешательства были минимальны, в связи с этим на первое место выходит малотравматичная хирургия.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Тюмень.

В спецвыпуске «Здравоохранение региона: Свердловская область»

Стр. 4–6

Аркадий БЕЛЯВСКИЙ,
министр здравоохранения
Свердловской области:

Отсутствие очередности – не есть отсутствие больных. Это может быть отсутствием выявляемости, поэтому успокаиваться никак нельзя.

Стр. 4



Сергей ЕМЕЛЬЯНОВ,
президент Общества
эндоскопических хирургов
России, доктор медицинских наук,
профессор:

У малоинвазивной хирургии в принципе сложный «жизненный» путь».

Стр. 7

Олег КАРПОВ:
генеральный директор НМХЦ им.
Н.И. Пирогова, профессор:

Использование миниинвазивных технологий – не самоцель, а возможность снизить хирургическую агрессию, не понижая её общую эффективность.

Стр. 10



Конкурсы

Петербуржцы назвали любимого врача

В Международный день ребёнка в Смольном состоялось чествование победителей ежегодного конкурса народного признания «Наш любимый врач». Награды и памятные подарки избранным петербуржцев вручали губернатор Георгий Полтавченко, вице-губернатор Ольга Казанская, председатель Комитета по здравоохранению Валерий Коллабунин.

Четвёртый раз подряд по итогам независимого голосования в Интернете были названы победители среди сотрудников городских поликлиник, амбулаторных отделений стационаров педиатрического профиля, и впервые – лучшие врачи, представляющие женские консультации и родильные дома, дебют которых в состязании состоялся только в этом году. Признания в номинации «Педиатры» удостоились 10 человек, и первая из них – участковый педиатр городской поликлиники № 68 Анастасия Сотникова. Список из 10 врачей, набравших наибольшие суммы баллов в номинации «Специалисты», возглавила акушер-гинеколог городской поликлиники № 86 Виктория Конева. Третьей номинацией по традиции является конкурс детских рисунков. 10 авторов самых достойных работ, которые принесли

дополнительные баллы любимым врачам, также были приглашены в Смольный.

Количество участников и идейных вдохновителей конкурса, инициированного Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга в целях формирования и продвижения положительного имиджа детского врача, укрепления и уважения к его труду, с каждым годом растёт. Его популяризацией занимаются главы администраций, начальники отделов здравоохранения всех 18 районов города и общественные организации. В создании хорошего рейтинга народной акции отметились известные артисты Михаил Шуфутинский, Иван Краско, Михаил Боярский, Анна Ковальчук, Татьяна Буланова. В том числе и поэтому статистика конкурса «Наш любимый врач» выглядит впечатляюще. В этом году в нём участвовали 3294 специалиста, на официальном сайте конкурса зарегистрировались 28 268 пользователей, свои «лайки» в поддержку врачей оставили 73 850 жителей города, написав 45 017 отзывов и поведав 2251 историю из личного общения с людьми в белых халатах, а им, в свою очередь, юные петербуржцы выразили свои чувства в 23 678 авторских рисунках.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».
Санкт-Петербург.

Новости

От теории к практике

В Челябинской областной клинической больнице состоялся практический семинар по урологии. Профессор Михаил Гвоздев из Москвы ознакомил южноуральских коллег с последними достижениями в лечении пролапса гениталий у женщин. На сегодняшний день эта проблема является одной из самых острых.

В мастер-классе приняли участие ведущие урологи и гинекологи Челябинска и Екатеринбурга. После теоретической части и краткой презентации расходных материалов и современных мировых достижений урологии последовало практическое занятие. Профессор М.Гвоздев направился в операционную, чтобы на конкретных пациентах продемонстрировать технологические особенности процесса. Остальные участники семинара участвовали в онлайн-трансляции – задавали уточняющие вопросы прямо из зала.

– Нас всегда очень радует, когда специалисты такого уровня выбирают нашу больницу обучающей площадкой, – поделился главный врач ЧОКБ Дмитрий Альтман. – Тем более что возможности телемедицины позволяют принять участие в практическом семинаре не только нашим врачам, но и всем желающим хирургам. Семинары записываются, и потом мы их используем для обучения.

На сегодняшний день только в ЧОКБ по программе ВМП ежегодно проводится более 250 операций по лечению пролапса гениталий у женщин. Ещё более 400 пациенток сегодня ждут своей очереди. Дорогостоящие операции полностью оплачиваются из федерального бюджета.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Взывая к сознательности

Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников предлагает не выдавать или не продлевать страховые полисы людям, которые не следят за своим здоровьем и не проходят диспансеризацию.

«Я считаю, что для людей, которые не следят за своим здоровьем, это должно отражаться на их страховых полисах. Например, раз в 3 года выдавать новый полис, и пока не прошёл диспансеризацию, не менять. Или пусть платит, – отметил эксперт. – Так устроено всюду – вы никогда не купите страховой полис, если не пройдёте диспансеризацию».

Наряду с этим Л.Печатников сообщил, что никаких серьёзных перемен в системе московского здравоохранения не планируется. «Кардинально в столичном здравоохранении ничего не изменится. Москве удалось достичь прекрасных отраслевых результатов, если что-то и будет, то только единичные перемены. Например, в очень плохом состоянии сейчас 1-й онкологический диспансер. Вместе с тем из прекрасного ремонта скоро выйдет ГКБ № 56. Мы планируем объединить эти два медучреждения», – резюмировал он.

Алина КРАУЗЕ.

Москва.

А начинали от сердца...

Впервые за Уралом выполнена роботассистированная операция по поводу рака тела матки. Примечательно, что проведена она не в онкологическом диспансере, а в Новосибирском научно-исследовательском институте патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина.

Именно НИИИПК в 2012 г. стал первым в Сибири медицинским учреждением, где появился робот-хирург. И если изначально он использовался для выполнения только кардиохирургических вмешательств, то постепенно сфера роботической хирургии стала расширяться именно за счёт онкологических заболеваний. Дело в том, что 5 лет назад, к удивлению многих, в новосибирском федеральном кардиоцентре было создано отделение онкологии и радиотерапии, где за это время пролечены с использованием высоких медицинских технологий уже свыше 6 тыс. больных с опухолями различных локализаций. Причём по целому ряду применяемых здесь дорогостоящих технологий лечения рака НИИИ патологии кровообращения является лидером в регионе, опережая онкослужбу.

Расширение основного профиля деятельности клинки Мешалкина – решение вынужденное. Как поясняют в институте, нередко сюда обращаются за помощью по поводу сердечно-сосудистой патологии люди с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, в том числе онкологическими. Возможность комплексно пролечить их здесь же, в кардиоцентре, повышает эффективность помощи данной категории пациентов.

Елена СЕРГЕЕВА.

Новосибирск.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты» и Медицинского
информационного агентства «МГ» Cito!
(inform@mgzt.ru)

Работают мастера

Ангелина выздоравливает...

Сибирские хирурги и травматологи-ортопеды показали высокий класс в подготовке и проведении операции

В Западно-Сибирском медицинском центре ФМБА России, базирующемся в Омске, проведена высокотехнологичная ортопедическая операция, которую специалисты отнесли к разряду уникальных. Прежде таких комплексных хирургических вмешательств по эндопротезированию – одновременной замене тазобедренного и коленного суставов, а также бедренной кости на имплантаты – в нашей стране не выполнялось.

Операция сделана 18-летней жительнице одного из сёл Прииртышья, переведённой в это специализированное лечебно-профилактическое учреждение из Омского областного онкологического диспансера с диагнозом «злокачественное новообразование левой бедренной кости». Опухоль была на стадии распада, и раньше в таких случаях, чтобы сохранить жизнь пациента, вопрос решался радикально – ампутация бедра.

Однако у травматологов-ортопедов ортопедического отделения, которым руководит врач высшей квалификационной категории Павел Филимендилов, уже был накоплен определённый опыт по замене отдельных суставов на искусственные, и они решили рискнуть – провести сложнейшую операцию в комплексе, чтобы девушка в расцвете лет не осталась



Ортопедическая операция, проведённая под руководством Павла Филимендикова (справа), прошла отлично

инвалидом. Конечно, операцию предварили многочисленные консультации с коллегами из московского центра Федерального медико-биологического агентства и других ведущих медучреждений страны, а ещё надо было решить проблему с изготовлением строго по индивидуальным размерам дорогостоящих имплантатов. Бедренную кость, тазобедренный и коленный суставы изготовили в Германии.

Операция длилась свыше 4 часов. Замена суставов и бедренной кости после удаления опухоли завершилась успешно, что стало очевидно через несколько суток. На 10-е сутки девушка уже начала сидеть и даже

вставать, опираясь на ходунки. Мучительные боли, которые она испытывала раньше, прошли, а дальнейшее её лечение продолжится в клиническом онкологическом диспансере.

– Весь наш коллектив желает Ангелине скорейшего и полного выздоровления! – сказала корреспонденту «Медицинской газеты» один из ведущих специалистов Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России Ирина Немчинова. – После такой уникальной операции иначе быть просто не может...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Инициатива

Рядом с домом

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Увы, но со сложными случаями доктора сталкиваются практически в каждой командировке. Таким пациентам назначают первичное обследование по месту жительства и приглашают их на заключительную диагностику в областные учреждения. В арсенале областной больницы, например, имеется ангиография, которая позволяет не только воочию увидеть, где именно нарушена их проходимость, но и в деталях спланировать весь ход будущего вмешательства.

Операции по разряду «высокотехнологичная медицинская помощь» сосудистые хирурги КОКБ проводят не только на брюшной аорте, но также и на сонной арте-

рии: её прочищают, предотвращая инсульт. Что касается замены «родных» сосудов на биопротезы, в областной больнице внедрена методика, позволяющая проводить такие вмешательства через небольшие разрезы длиной до 5 см. После малоинвазивных операций пациентов в ряде случаев переводят из оперблока сразу в палату. А не в реанимацию, как раньше. И вскоре эти люди вообще забывают, что такое ходьба на ограниченные дистанции...

А между тем минувшим летом в Кузбассе работали три медицинских автопоезда, которые ежедневно выезжали в территории северной, центральной и южной части области. Вместе с врачами Кемеровской областной клинической больницы приём населения

вели специалисты и других областных медучреждений – офтальмологической больницы, стоматологической поликлиники, госпиталя для ветеранов, ряда диспансеров: противотуберкулёзного, онкологического, наркологического, кожно-венерологического... и даже хосписа.

Наиболее востребованными среди жителей области оказались консультации невролога, кардиолога, эндокринолога, офтальмолога и стоматолога. Примечательно, что офтальмологи и стоматологи лечили и оперировали своих пациентов, большей частью, во время выездов.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Акции

В подмосковном городе Одинцово прошла акция, посвящённая Всемирному дню борьбы с диабетом. В сопровождении весёлой музыки программа для населения началась с утренней зарядки на свежем воздухе под руководством Ларисы Лазутиной – пятикратной олимпийской чемпионки по лыжным гонкам, заслуженного мастера спорта России, Героя России.

В фойе районной администрации проводились скрининговые обследования. Любой желающий мог узнать свой уровень сахара в крови, измерить артериальное давление, проконсультироваться

Удар по диабету

у врачей центра здоровья, специалистов-эндокринологов.

Для медицинских работников Медицинского округа № 10 Московской области прошла научно-практическая конференция, посвящённая Всемирному дню борьбы с диабетом с участием главного специалиста по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Министерства здравоохранения Московской области, главного врача областного Центра медицинской про-

филактики Екатерины Ивановой, начальника Управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций № 10 Ирины Русановой, ведущего научного сотрудника отделения терапевтической эндокринологии, профессора МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского Инны Мисниковой и главного эндокринолога Медицинского округа № 10 Ольги Калашниковой.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.
Московская область.

ГУЗ «Измалковская РБ» приглашает на работу специалистов:

✓ педиатра ✓ терапевта

✓ психиатра-нарколога.

Жильё предоставляется.

Действует программа «Земский доктор».

Контактные тел.:

(47478)-21-179 – Юрова Ольга Владимировна (отдел кадров).

E-mail: boln1@izmalkovo.lipetsk.ru

Адрес: пер. Лесной, 4, Измалковский р-н, с. Измалково, Липецкая обл. 399000.

Официально

Когда душа взывает о помощи

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, ведомством инициировано общественное обсуждение создания специальной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических больницах.

Минздравом России официально размещено уведомление о разработке следующих проектов нормативных правовых актов: «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и Федеральный закон «Об Общественной палате Российской Федерации»; «О службе по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных усло-

виях, и граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами».

Предполагается, что указанные законопроекты будут предусматривать создание на территории Российской Федерации службы защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Указанная служба, как предполагается, могла бы состоять из центральной комиссии, которая формируется при участии Общественной палаты РФ, а также представителей службы в субъектах Российской Федерации.

Защита прав таких пациентов должна быть в первую очередь направлена на обеспечение им гарантированного объёма и качества оказываемой психиатрической помощи, создания соответствующих условий при нахождении в психиатрических стационарах, оперативного и объективного разрешения споров и конфликтов, возникающих в связи с оказанием психиатрической помощи.

Предполагается, что деятельность службы должна дополнять существующие средства защиты прав граждан. Таким образом, исключается дублирование действующих механизмов контроля за деятельностью медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Соб. инф.

Накануне

«Красные жилетки» спускаются в метро

Московское городское отделение Российского Красного Креста направило обращение мэру Москвы Сергею Собянину и начальнику Главного управления МВД России по городу Москве Анатолию Якунину с предложением включить Московское отделение Российского Красного Креста в системную работу по патрулированию московского метрополитена.

По мнению председателя МОРКК, доктора юридических наук, профессора Игоря Трунова, необходимость в таком патрулировании приобрела большую актуальность в связи с последними новостями о предотвращённом теракте в столице. Люди, пользующиеся метрополитеном, нередко испытывают стресс от любого подозрительного предме-

та или подозрительного человека, что сказывается на их физическом и психическом состоянии. При этом патрули московского Красного Креста всегда будут рядом и смогут оказать первую медицинскую и психологическую помощь. Ведь скорая помощь с учётом пробок не всегда может прибыть вовремя, когда дело касается инфаркта или инсульта, а сотрудники метрополитена не имеют специальной подготовки для таких ситуаций. При этом разговор идёт о волонтерском движении, а не о бюджетном финансировании из средств города. Тем более что в последнее время из-за сокращений высвободилось довольно большое количество медицинского персонала.

Некоторое количество профессиональных медиков-волонтеров уже прошли в рамках Красного Креста обучение по оказанию

первой доврачебной помощи в условиях метрополитена и получили соответствующий сертификат международного уровня. Несколько рейдов по центральным станциям московской подземки отрядами волонтеров уже проведены.

Для этой работы планируется задействовать более 200 человек – в сформированных отрядах будет по 3-4 человека. Каждый доброволец будет экипирован красной жилеткой и бейсболкой с символикой Красного Креста, а также компактными носилками. Обязательна и аптечка со всем необходимым для оказания доврачебной помощи. В каждом отряде будет один врач с высшим медицинским образованием и 2-3 добровольца-волонтера, прошедшие подготовку в школе первой доврачебной помощи. Пока на базе Красного Креста такая школа одна, но предполагается открыть их ещё 10, куда будут привлекаться и старшеклассники, обучающиеся в классах с медицинским уклоном.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

МИА Сити!

Москва.

Дословно

Около 54% онкозаболеваний в столице выявляется на I-II стадиях развития, за последние 10 лет этот показатель в столице существенно не изменился. Об этом заявил главный онколог столичного Департамента здравоохранения Игорь Хатьков.

– В столице сейчас огромные диагностические возможности, которые не уступают возможностям зарубежных стран. Но, к сожалению, диагностика рака на I-II стадиях на сегодняшний день составляет порядка 53-54%. Дело в том, что это зависит не только от оснащения, а и от того, вовремя ли пациент пришёл к врачу, – отметил И.Хатьков. – Пациентам, у которых заболевание диагностировано на поздних стадиях развития, тоже можно конкретно помочь. У нас просто огромные возможности хирургии благодаря той аппаратуре, которая есть в клиниках, самые современные препараты для лучевой терапии.

В раковой схватке

По словам И.Хатькова, немаловажным фактором для выздоровления является настрой самого пациента. «Есть много исследований, которые говорят об огромном влиянии на результаты лечения душевного состояния больного. Поэтому наша задача сейчас – вооружить врачей специальными психологическими инструментами для поддержки больного и его родных, создания у них нужного настроения», – сказал главный столичный онколог.

Примечательно, что в ноябре нынешнего года в столичной ГКБ им. С.П.Боткина стартовали курсы по психоонкологии для врачей и специалистов по паллиативной помощи, благодаря которым медработники научатся основным принципам общения с онкобольными и их родственниками.

– Врачи должны всё время держать в голове, что около половины онкологических пациентов страдают депрессивными и тревожными расстройствами. Без понимания того, что происходит внутри у наших больных, мы не сможем оказать им качественную помощь, – полагает главный специалист по паллиативной помощи столичного Департамента здравоохранения Диана Невзорова.

С лета этого года в столице были запущены обучающие курсы по онкопсихиатрической помощи, направленные на выявление суицидальной склонности у больных злокачественными новообразованиями.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Начало

Ургентные больные поступят в университет

На круглосуточный приём до 40 тыс. пациентов в год рассчитан центр скорой медицинской помощи, организованный в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова.

На церемонии открытия ректор Отари Хурцилава заявил, что он соответствует современным международным стандартам, принятым в лечении ургентных больных, а кроме того, здесь созданы все условия для обеспечения качественного образовательного процесса.

Центр расположился на клинической базе вуза – в одном из павильонов больницы императора Петра Великого, построенной

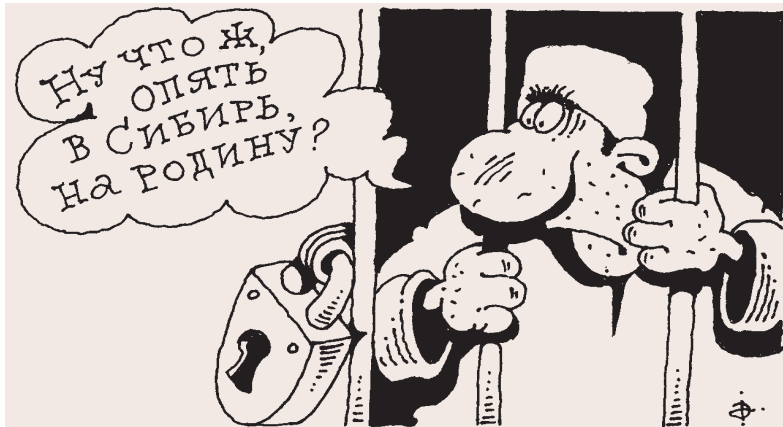
более 100 лет назад в районе железнодорожной станции Пискаревка и являющейся памятником архитектуры. Помимо населения Красногвардейского и Калининского районов города новая структура ориентирована на нуждающихся в экстренной госпитализации жителей Волховского района Ленинградской области. При необходимости их доставят сюда не только каретами «скорой», но также по воздуху. Для неотложной помощи больным при пограничных и терминальных состояниях развернуто отделение анестезиологии и реанимации.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Ситуация

Отучился — и исчез?



Нынешней осенью в поликлиническое отделение Абаканской межрайонной детской клинической больницы пришли работать на участки сразу 6 молодых специалистов, окончивших учёбу в 2015 г. Таким образом, поликлиническое отделение укомплектовано педиатрами на 100%.

В то же время, по словам заместителя главного врача больницы Владимира Нужных, пока сохраняется дефицит узких специалистов. Особые надежды здесь возлагают на тех 15 студентов, которые в настоящее время по целевому направлению от детской больницы проходят обучение в разных медицинских вузах Сибирского федерального округа. Вот только оправдаются ли эти надежды, предсказать невозможно.

Проблема целевиков – «невозвращенцев» универсальна для всех субъектов РФ. Где-то их больше, где-то меньше, но суть одна: школьники со средними (как правило) результатами ЕГЭ вместе с целевым направлением получают единственно возможный шанс на льготных основаниях поступить в престижный медицинский вуз на бюджетное место и иметь дополнительную стипендию от будущего работодателя. А получив диплом, они просто исчезают из поля зрения.

По данным Министерства здравоохранения Республики Хакасия, количество целевых мест для местных абитуриентов в медицинских вузах Сибири ежегодно увеличивается. В 2013 г. такое направление получил 31 человек, в следующем году на льготных условиях поступили учиться на врача 55 абитуриентов, а в 2015 г. – уже 76.

А сколько студентов, обучавшихся по целевому направлению, возвращается в регион и устраивается на работу в медицинское учреждение, указанное в договоре? Многие, но не все. Из нынешних

277 целевиков 40 человек заведомо не поедут работать в больницы республики, что очень плохо при дефиците кадров, особенно в сельском здравоохранении.

По словам помощника министра здравоохранения Республики Хакасия Михаила Мальгина, основных причин, по которым целевые выпускники мединниверситетов не прибывают к месту назначения, две: замужество и срочная служба в армии. В то же время есть и такие, кто ни в армию, ни замуж не пошёл, а изыскал иные возможности не возвращаться на целевое место работы в Хакасию. Как в этих случаях действует Минздрав региона, прощает должников или нет?

– К сожалению, до недавнего времени у нас не было никаких реальных возможностей взыскать долг за те меры социальной поддержки, которые региональный бюджет оказывал целевому студенту на протяжении всего срока обучения в вузе. И лишь с введением дополнения в Федеральный закон об образовании выпускник, который не исполнил договор на целевое обучение и к тому же имеет финансовые обязательства перед субъектом РФ, должен вернуть эту сумму плюс штрафные санкции в двойном размере, – поясняет Михаил Мальгин.

В этом году в регион не вернулись 12 человек, завершивших курс высшего медицинского образования по целевым договорам. Минздрав Республики Хакасия сделал им последнее предупреждение: они должны либо трудоустроиться в ЛПУ, либо вернуть деньги, которые бюджет региона потратил на их студенчество. В противном случае – встреча в суде.

По всей видимости, эра откровенных спекуляций вокруг целевого обучения в российских университетах идёт к концу.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Абакан.

Здравоохранение Свердловской области ориентировано на повышение эффективности в лечении пациентов и нацелено на освоение новых методик и практик. То есть именно высокие технологии здесь всецело настроены на то, чтобы вернуть людям здоровье и привычное качество жизни. И сейчас о развитии ВМП в регионе рассказывает министр здравоохранения Свердловской области заслуженный врач РФ Аркадий БЕЛЯВСКИЙ.

Последние 3-4 года мы серьёзное внимание уделяем увеличению объёмов по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи жителям нашей области. И если вспомнить, какие проблемы у нас были в недавнем прошлом, становится понятным, как мы их решали.

Например, 5 лет назад очередь на эндопротезирование крупных суставов составляла почти 6 тыс. человек. Сегодня у нас очереди практически нет, и люди уже начинают к этому привыкать.

Для того чтобы добиться таких результатов, мы привлекали всех: частных, городские больницы (все они получили лицензии на ВМП); постоянно увеличивали объёмы в федеральном Институте травматологии и ортопедии, в областном госпитале для ветеранов войн.

Потом открылся частный госпиталь в Нижнем Тагиле – и эту тему мы решили кардинально. Для этого мы данному учреждению практически за год, со времени его открытия в августе 2014 г. по

Прямая речь

От нас уезжает всё меньше пациентов

Этому способствует развитие высоких технологий



август 2015 г., выделили уже 265 млн руб. в рамках территориальной программы госгарантий на ВМП.

Более того, есть договорённость с руководством Челябинской области, что пациенты в рамках межтерриториальных расчётов по ОМС и федеральных квот, выделенных нам, будут при-

езжать к нам на хирургическое лечение. В качестве площадки для этого определён областной госпиталь для ветеранов войн.

Второе направление, которое было у нас достаточно проблемным, – лечение пациентов с нарушениями сердечного ритма. Их количество росло год от года, а занималась этим только областная клиническая больница № 1. Что мы сделали? Переоснастили отделение в ОКБ, но при этом открыли ещё ряд новых отделений. Теперь их 5, причём 3 из них – в районах области: в Каменске-Уральском, Нижнем Тагиле и Краснотурьинске.

В 33-й больнице в Екатеринбурге, которая является частной клиникой, я убедил главного врача, и там немного сократили гастроэнтерологическое отделение, на собственные средства отремонтировали помещение, закупили оборудование, и теперь часть пациентов лечится у них. Ситуация взаимовыгодная: больница обслуживает наших жителей, а мы выделяем для этого областные деньги.

Такие же отношения связывают нас с Екатеринбургским центром

МНТК «Микрохирургия глаза» – там отлично развита витреоретинальная хирургия, поэтому мы стараемся туда направлять пациентов с данной патологией.

Ещё одна тема: экстракорпоральное оплодотворение. Эта высокая технология очень востребована, и мы планируем в течение ближайшего года ликвидировать очередь на её оказание. В реализации программы участвуют все учреждения, которые оказывают эту услугу: федеральный Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, частный Центр семейной медицины и областной клинко-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка».

Трансплантология – наша гордость. Не так много региональных лечебных учреждений, где есть такие отделения. Она традиционно выполняется на базе областной клинической больницы № 1. Успешной работе способствует выстроенная трёхуровневая система оказания подобной помощи.

В планах – развитие высокотехнологичных операций на по-

звоночнике. Эта патология – бич современности, а специалистов и отделений, которые бы занимались только ею, к сожалению, очень мало. А ведь такие операции просто необходимо поставить на поток.

В конце года сдадим ПЭТ-центр в рамках государственно-частного партнёрства. Событие важное, но главное – помнить, что любое наисовременнейшее оборудование – только инструмент в руках врачей.

В этом году впервые за всю историю Свердловская область получила субсидии на оказание ВМП за счёт средств федерального бюджета на сумму 537 млн руб. – больше, чем любой другой субъект РФ, даже больше, чем Москва. 20% этих средств запланировано выделить на оказание помощи иногородним пациентам. Один из примеров – взаимодействие с Челябинской областью, о котором шла речь ранее.

А ведь был период, когда мы своих пациентов сами готовы были направить куда угодно: в Москву, Петербург, Чебоксары, Курган. Чтобы помочь людям, чтобы снизить очередь. Сегодня её практически нет, но мы понимаем, что отсутствие очереди не есть отсутствие больных. Это может быть отсутствием выявляемости, поэтому успокаиваться никак нельзя.

Тем более что количество пациентов, требующих высокотехнологичных вмешательств, ежегодно растёт – в этом году их уже 28 тыс. человек. Но радует то, что ежегодно увеличивается и число тех, кому мы можем оказать такую помощь в лечебных учреждениях области.

Ориентуры

На 8-м общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии», который проходил в начале осени в Сочи, состоялось награждение лауреатов премии «Репродуктивное завтра России – 2015». Среди награждённых был главный врач областной детской клинической больницы № 1 Екатеринбурга кандидат медицинских наук Сергей Беломестнов. Ему вручена премия в номинации «Подвижничество». Именно с этого знакового события и начался наш разговор.

– Сергей Разумович, скажите, пожалуйста, что явилось основанием для присуждения такой престижной премии?

– Премия действительно престижная, о ней мечтает каждый специалист, работающий в сфере репродуктивного здоровья. Награждение было достаточно неожиданным и для коллектива, и для меня, мы не знали об этом практически до последнего дня. Но считаем, что премия заслуженная, потому что за короткий промежуток времени коллектив областного перинатального центра показал, как можно с нуля выйти не только на плановые показатели, но и достичь очень высокого уровня качества оказания медицинской помощи, перейти на международные стандарты предоставления услуг в сфере родовспоможения и детства.

И хотя премию вручали мне, конечно, это заслуга всего коллектива. Стиль его работы иначе как подвижничеством не назовёшь.

Я подсчитал: в течение года для одной только акушерской службы я выписываю более 100 командировок. Это – отличитель-

Подвижники

Они работают в Свердловской областной детской больнице



Неотложная помощь самым маленьким

ная черта специалиста высокого уровня: наряду со стремлением совершенствоваться, учиться, открывать что-то новое – делиться знаниями с другими.

А ещё сотрудники перинатального центра ежемесячно организуют методические дни для специалистов из других учреждений области. Причём и готовят, и проводят их сами. Руководствуясь собственными желаниями и без всякой дополнительной платы...

– Но в наше время, помимо человеческого фактора, немаловажное значение имеет возможность использования высоких технологий...

– В отношении высокотехнологичной помощи нельзя рассматривать центр отдельно от больницы. Практика показывает, что изолированные перинатальные центры в большинстве своём проигрывают перед интегрированными в многопрофильную детскую больницу, как у нас. Только такой симбиоз позволяет достичь эффекта в реализации ВМП.

Это, прежде всего, помощь женщинам с экстрагенитальной патологией, при которой беременность и роды крайне опасны, заболеваниями систем крови, аномалиями плацентации; высокие технологии в выхаживании не-

доношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела, неонатальная хирургия, а в последующем – нейрохирургия и хирургия раннего возраста.

– Такая помощь существует во всех подразделениях?

– У нас 11 видов ВМП, и их оказанием занимаются разные специалисты. К слову, это не только работает на результат, но и помогает уменьшить искусственно созданные границы между подразделениями. На первый взгляд, достаточно обособленными являются и онкогематологический центр и перинатальный, да и хирургия вроде сама по себе. А для проведения ВМП они объединяются, коллектив становится более монолитным, решая общие задачи. Например: гинекологическая помощь девочкам и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями; родоразрешение женщин с антенатальной диагностированными пороками с последующим хирургическим лечением ребёнка.

Больница сейчас осваивает ВМП по разделам урология и уроандрология, начата работа по профилю детской и подростковой гинекологии, организован областной центр подростковой гинекологии.

– Какие важные аспекты, на ваш взгляд, необходимо учитывать при оказании ВМП?

– Прежде всего, высокотехнологичная помощь должна быть безопасной и прогнозируемой. То есть если учреждение берётся за оказание такой помощи, оно должно понимать, что это не эпизодическая деятельность. Данные методики должны быть «на потоке» (только тогда они оправдывают себя и в медицинском плане, и как источник финансирования), а это требует и инфраструктуры, и ап-

паратного оснащения, и соответствующей кадровой подготовки.

– Как вы этого добиваетесь?

– Мы тесно сотрудничаем с областной медколледжем, отлично налажена методическая работа внутри учреждения. Это и обучение на рабочем месте, и институт наставничества, и институт старших медицинских сестёр, который возглавляет главная медицинская сестра больницы. Медицинские сестры тоже проводят методические дни, собираются на свои конференции. Это происходит не эпизодически, не раз в год, – потому что главный врач заставил, а раз в месяц, причём обязательно приглашают на них меня.

Что важно: все эти мероприятия наши медсёстры экстраполируют на другие площадки, в другие учреждения первого и второго уровня, подведомственные областному Министерству здравоохранения.

Такая работа оценена Минздравом области, и сейчас, согласно его приказу, в состав методических бригад или групп, которые проводят аудит детских медицинских учреждений и учреждений родовспоможения, наравне с врачами включаются сотрудники среднего звена больницы. Как эксперты в своих вопросах.

Одним из показателей того, что у нас хороший грамотный средний персонал, является то, что в прошлом году в десятку лучших по стране вошла акушерка Надежда Толмачёва, а в этом году, по итогам Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием», лучшей акушеркой России признана главная акушерка областного перинатального центра ОДКБ № 1 Дарья Коренная.

Они и их коллеги – тоже из разряда подвижников...

Давно замечено: гораздо больших успехов добиваются руководители, которым небезразлична история возглавляемого ими учреждения. Для таких людей ежедневная, сиюминутная работа важна ещё и потому, что она становится связующим звеном между прошлым и будущим.

В кабинете главного врача Свердловской областной клинической больницы № 1, председателя медицинской палаты Свердловской области, доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Феликса Бадаева на стене висят две красивые старинные гравюры. На них изображены знаменитый Верхотурский монастырь XIX века и вид на Аннинский золотonosный рудник – не только памятники архитектуры, но и своеобразные символы духовной и созидательной жизни на уральской земле.

– Я люблю Урал, его природу, его прошлое, – в ответ на моё восхищение картинами поясняет Феликс Иосифович. – К тому же наша больница – тоже часть его истории, причём немаловажная: в 2010 г. мы отпраздновали её 200-летие! Согласитесь, не многие лечебные учреждения в России могут похвастать столь солидным возрастом!

«Госпиталь для рабочих людей»

Больница ведёт свою историю с начала XIX века, когда по указу Александра I, посетившего накануне эти места, была организована госпитальная помощь рабочникам Верх-Исетского завода.

К тому времени владельцы уральских заводов Яковлевы уже открыли лечебницу, на базе которой после императорского указа в 1810 г. был построен первый госпиталь «для рабочих людей» на 30 коек с амбулаторией. Этот год и считается началом основания системы медицинского обслуживания не только на Верх-Исетских заводах, но и на всей территории нынешней Свердловской области.

Она была главной и любимой больницей рабочих горно-рудных заводов и жителей единственного в России «горного города». В конце XIX – начале XX века здесь работали прекрасные врачи, энтузиасты и первооткрыватели, слава о которых дошла до наших дней. Так, одним из главных врачей с 1859 по 1909 г. был Александр Миславский, имя которого, без преувеличения, знакомо каждому жителю – ведь в честь него названа одна из больниц города.

В 1933 г. на базе больницы были открыты первые клиники Свердловского медицинского института.

В 1948 г. учреждение приобрело статус областной клинической больницы № 1, и с тех пор с этим именем не расстаётся. Она по праву считается первой среди всех ЛПУ области.

Современный больничный комплекс на 1200 коек введён в эксплуатацию в 1975 г. Это стало мощным толчком к развитию, в частности, появилось такое направление, как кардиохирургия.

Тогда начался современный период развития больницы и всей медицины Свердловской области.

Новейшая история

Важный этап в истории больницы начался в 1996 г. с приходом

Перемены

Открытые новациям

Старейшая больница Свердловской области идёт в ногу с XXI веком



Феликс Бадаев

главного врача Евгения Самборского, который, как говорит Феликс Иосифович, ставший тогда его заместителем, изменил всю идеологию деятельности. Именно тогда здесь началось развитие ВМП.

– Такая задача была поставлена перед всеми подразделениями, – вспоминает главный врач. – Приходилось даже менять руководителей, у которых не получилось идти в ногу со временем.

С этого времени резко возросло количество операций, да и в целом – масштаб оказания медицинской помощи, как профилактической, так и амбулаторной, и стационарной. Больница стала ведущим лечебным учреждением области.

Самое главное: стали создаваться специализированные областные центры, без которых нынешняя жизнь учреждения, да и всего здравоохранения просто немыслима.

– Одним из первых, – рассказывает Феликс Бадаев, – создан Центр сердца и сосудов, объединивший различные профили кардиохирургии. Это дало возможность координировать работу всех служб на конкретного пациента: диагностической, амбулаторной, хирургической, стационарной и частично – реабилитационной, вплоть до организации работы по кардиофилактике.

Он стал первым региональным центром, где с 2006 г. проводятся операции по пересадке сердца.

Ежегодно здесь выполняется около 5 тыс. операций.

Руководит центром заведующий кардиохирургическим отделением № 2 Константин Кондрашов, а научным руководителем центра является главный сердечно-сосудистый хирург Уральского федерального округа, доктор

скую область, Челябинскую и Башкортостан.

Что касается травматологического центра, то получилось так, что острые больные с трассы М-5 сначала попадают в городскую специализированную травматологическую больницу, расположенную у въезда в город, или в районные больницы.

К нам пострадавших в ДТП привозят уже на 2-е, 3-и, 4-е сутки.

Коллектив больницы – это:

2450 сотрудников (врачей – 571, среднего медицинского персонала – 914); докторов медицинских наук – 32; кандидатов медицинских наук – 75; заслуженных врачей РФ – 21; отличников здравоохранения РФ – 37; заслуженных работников РФ – 3; 6 докторов и 20 кандидатов медицинских наук возглавляют отделения и службы; 63% врачей и 70% средних медицинских работников имеют квалификационные категории.

Это больные с сочетанной травмой головы, шеи, груди, живота, таза, конечностей, изолированной травмой позвоночника и т.п. Таких больных в центре – треть. Ещё треть – те, кому показано эндопротезирование: в центре освоены операции практически на всех суставах. И третья часть – пациенты, которым выполняются высокотехнологичные операции на позвоночнике.

В урологическом центре работа тоже ведётся по разным направлениям: это и реконструктивные

центре микрохирургии глаза.

Рассказывая о диагностической базе, не случайно назвал её «мощной». Действительно, не так часто встретишь учреждение, где было бы 4 компьютерных томографа, 2 магнитно-резонансных, большая лаборатория, оснащённая на самом современном уровне отделение функциональной диагностики.

– Ещё есть несколько серьёзных направлений, достаточно уникальных: например, рентгенохирургия, – заметил он. – Каждый год мы в этом разделе занимаем 3-4-е место в стране после московских клиник.

Подробно рассказывая о хирургических отделениях, Феликс Иосифович то и дело замечал: «никто не занимается выхаживанием пациентов после удаления гигантских грыж»; «мы – единственные в городе, кто так активно занимается хирургией печени»; «мало кто занимается неспецифическим язвенным колитом» и т.п. Да и реанимационно-анестезиологическая служба оказалась «одним из немногих отделений в России, где сосредоточено 58 коек». (К слову, недавно она отпраздновала своё 50-летие).

С большим уважением отзывался он и о руководителях структурных подразделений. Например, о профессоре Михаиле Прудкове, авторитетном специалисте общероссийского уровня, о профессоре Александре Левите, Борисе Фадине и многих других более молодых докторов наук.

Кроме того, больница – самая крупная клиническая база Уральского государственного медицинского университета, предоставляющая максимальные возможности для обучения студентов.

Помимо всего прочего, именно ОКБ № 1 была первой, где начал работать знаменитый робот Да Винчи.

Поэтому, подытоживая наш разговор, Феликс Бадаев отметил:

– Важно, что высокими технологиями мы занимаемся не в одном направлении – мы нацелены на развитие всей больницы как высокотехнологического центра.

медицинских наук, профессор Эдуард Идов.

По такому принципу работают и другие региональные центры – урологический, травматологии и эндопротезирования, нефрологии и гемодиализа, трансплантации, гепатологический и гематологический, сосудистый.

Созданный в 2009 г. в рамках федеральной программы региональный сосудистый центр объединил все неврологические профили. Одним из важных направлений работы здесь в последнее время стало развитие вторичной реабилитации пациентов.

– За это с энтузиазмом взялся профессор Андрей Августович Белкин, – говорит Ф.Бадаев. – Будучи нейрореаниматологом, одним из создателей сосудистого центра, он прекрасно понимает значимость такой работы.

Гордостью больницы является центр трансплантологии, недав-



Роботассистированная урологическая операция

но отпраздновавший 25-летний юбилей.

– СОКБ № 1 – одна из немногих в России занимается пересадкой почки, печени, сердца, костного мозга и роговицы глаза, – продолжает главный врач. – Однако мы знаем, что потребность в трансплантации органов и тканей значительно выше.

Гематологический центр входит в Европейский регистр. Мы выполняем около 40-45 трансплантаций костного мозга в год. Сделали первые трансплантации от неродственных доноров, что достаточно сложно и дорого. Общего банка костного мозга нет, пользуемся европейским. Сейчас создали на Урале свой регистр, который охватывает Свердлов-

операции, и онкоурология, и андрологическое отделение, и отделение литотрипсии.

Следует отметить, что Урал стал одним из первых регионов страны, кто взялся за мужские проблемы. Несколько лет мы участвуем в губернаторской программе по снижению заболеваемости среди мужчин. Показательно, что Госдума вместе с НИИ урологии рекомендовала взять эту программу за основу для всех территорий России.

Не просто слова

Трудно сосчитать, сколько раз в беседе со мной Феликс Бадаев употребил слово «уникальный», «единственный в своём роде», «нигде, кроме...» и т.п. И каждый

СТРУКТУРА БОЛЬНИЦЫ

Консультативно-диагностическая поликлиника:

9 отделений; 34 специализации; 1100 консультаций в день; 290 тыс. посещений в год; 1 тыс. телеконсультаций в год.

Стационар:

36 лечебных отделений; 992 койки: 630 хирургических, 362 терапевтических; ежегодно – 32 тыс. пациентов, 22 тыс. операций.

Диагностическая служба:

6 отделений.

Вспомогательные отделения.

Практически с самого начала Великой Отечественной войны на территории страны стала формироваться обширная сеть эвакуационных госпиталей. В Свердловской области было развернуто более 150 госпиталей. А на базе эвакогоспиталя № 3866 19 октября 1941 г. был создан Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн. Профиль учреждения был определен как ортопедо-хирургический.

В 1953 г. госпиталь был перепрофилирован в Свердловский психоневрологический госпиталь для инвалидов Отечественной войны с правом обслуживания инвалидов войны, проживающих в любом регионе Советского Союза, для лечения последствий ранений и контузий головного и спинного мозга и периферической нервной системы.

В настоящее время Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн является одним из крупнейших в Свердловской области и Российской Федерации многопрофильных высокотехнологичных медицинских учреждений.

За каждой цифрой – большая работа

Об этом с гордостью говорит начальник госпиталя Роберт Соловьёв. И подтверждает это фактами, которые в полной мере дают представление о масштабе работы: мощность госпиталя – 1245 коек, из них психоневрологического профиля – 790, терапевтического – 135, хирургического – 320. Ежегодно лечение здесь проходят около 20 тыс. пациентов, а всего на учёте состоит свыше 250 тыс. человек.

На основной базе действуют 20 специализированных стационарных отделений. Среди них – 7 психоневрологическое, 3 терапевтических и психиатрическое.

Мощный хирургический блок включает 9 отделений. Есть операционный блок и отделение анестезиологии и реанимации на 12 коек.

Востребованной пациентами является консультативно-диагностическая поликлиника на 600 посещений в смену, в состав которой входят отделения психиатрической и наркологической помощи, хирургическое, терапевтическое, дерматовенерологическое (каждое имеет как амбулаторный приём, так и дневной стационар), стоматологическое и отделение стационара на дому, что крайне важно для пациентов старшего возраста.

Параклиника представлена лабораторно-диагностическим отделом, отделениями лучевой, функциональной и ультразвуковой диагностики, эндоскопическим, психотерапевтическим и физиотерапевтическим отделениями, а также отделением лечебной физкультуры и массажа.

В состав госпиталя входят два филиала: психоневрологический отдел в Первоуральске (в нём 5 стационарных отделений мощностью 290 коек) и филиал в городе Нижняя Тура (там 3 стационарных отделения мощностью 110 коек; он оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь, включая дневной стационар).

Роберт Соловьёв отмечает, что с 1996 г. госпиталь имеет статус клинического, и в настоящее время на его базе работают 10 кафедр Уральского государственного медицинского университета.

В госпитале 10 докторов и 34 кандидата медицинских наук, 4 заслуженных врача РФ, 19 отличников здравоохранения. Более половины врачей и более двух третей средних медицинских работников имеют высшую квалификационную категорию.

– Одним из ведущих направлений деятельности госпиталя является оказание высокотехнологичной медицинской помощи, – говорит Роберт Владимирович.

Время новых технологий

Поскольку данный вид помощи сконцентрирован на базе хирургической службы, подробнее рассказать нам об освоённых в последнее время новых оперативных вмешательствах, среди которых есть достаточно уникальные, начальник госпиталя предложил

Рядом с нами

Помнят тех, кто добывал победу

От эвакогоспиталя – до современного высокотехнологичного медицинского учреждения



Памятник «Военным медикам посвящается...»

своему заместителю по хирургии Александру Виноградскому.

– До 2015 г. такая помощь оказывалась только в трёх отделениях – травматолого-ортопедическом, офтальмологическом и отделении нарушений сердечного ритма. Сейчас этот перечень значительно расширился, – отметил он. Внедрены новые профили высокотехнологичной медицинской помощи – по нейрохирургии, абдоминальной, челюстно-лицевой, торакальной хирургии, эндокринологии. За 2014-2015 гг. увеличено общее количество хирургических вмешательств на 30%.

По его словам, нынешний год стал по-настоящему переломным. Но для начала – о новшествах в тех отделениях, где высокие технологии давно стали привычными.

Травматолого-ортопедическое отделение существует с 2008 г. Оно организовывалось для выполнения эндопротезирования крупных суставов, а также артроскопических и других высокотехнологичных операций. Здесь выполняются различные виды остеосинтеза, корригирующие ортопедические операции при врождённых и приобретённых деформациях, восстановительные операции после травматических повреждений.

– Раньше ветераны войн с травмами лечились в районных больницах, что было для них крайне неудобно, – говорит Александр Евгеньевич. Последние годы данный вид помощи в полном объёме оказывается в госпитале. За прошлый год сделано около тысячи эндопротезов в рамках ВМП; показатели нынешнего года будут такими же. При этом более 100 эндопротезов поставлено при переломе шейки бедра, что пре-

имущественно необходимо пациентам старших возрастных групп.

С восхищением рассказывают в Екатеринбурге про необычную пациентку, которая оперировалась в госпитале. Женщина, уже отметившая 100-летний юбилей, была переведена в госпиталь из районной больницы с переломом шейки бедра. У нас выполнили ей эндопротезирование. А через год она поступила ещё раз – с аналогичным переломом на втором бедре. Её снова прооперировали. И вот в прошлом году – через год после последней операции она

является достаточно редким не только в области, но и в стране в целом.

– Первичных ортопедических отделений достаточно много в разных учреждениях, но осложнениями заниматься никто не желает, поэтому такие пациенты, как правило, лечатся в отделениях гнойной хирургии, но там нет специализированной ортопедической помощи, – комментирует мой собеседник. – У нас уникальное сочетание: есть и ортопедия с большими возможностями, и гнойная хирургия.

Кроме того, не базе гнойной хирургии в этом году появилось 15 челюстно-лицевых коек для пациентов, которым выполняются реконструктивно-пластические операции на лицевом скелете.

Также в отделении проводится лечение пациентов с гнойными воспалительными заболеваниями позвоночника (спондиллиты, эпидуриты). Лечение этих больных проводится с участием нейрохирургов.

В течение 2 последних лет активно работает отделение нарушения сердечного ритма, производится имплантация кардиостимуляторов, в прошлом году их имплантировано 221.

В 2016 г. запланировано открытие рентгенохирургических методов диагностики и лечения сердца и сосудов. На его базе начнут выполняться такие операции, как коронарография, стентирование при ИБС, эндоваскулярные операции на магистральных сосудах и т.п.

Уникальными являются и офтальмологические отделения. Одно из них специализируется на замене хрусталика, лечении катаракты; второе – отделение лазерной хирургии. Основной контингент данных отделений – люди старше 80 лет, ветераны войны, труженики тыла.

На новом оборудовании

– С целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста специалисты госпиталя постоянно работают над внедрением новых диагностических и лечебных технологий, – говорит Роберт Соловьёв. – Так, например, в 2014 г. в госпитале внедрён ряд новых методик. Среди них – диагностические, такие, как применение оптической когерентной томографии для исследования ультраструктурных изменений при выполнении тоннельных разрезов; игольчатая нейромиеография в дифференциальной диагностике первично-мышечной патологии и передне-рогового поражения у больных с поражением периферической нервной системы; диагностика продромального периода болезни Альцгеймера и др.

Много новшеств и в лечении. Так, начала выполняться экстракция катаракты при подвывихе хрусталика и ригидном узком зрачке (внедрение модифицированных инструментов – иридокапсулярная клипса, ирис-ретрактор); освоены бесшовная витреоретинальная хирургия с использованием кла-

панных, самогерметизирующихся рабочих портов 25+G, ультразвуковая кавитация при лечении гнойных процессов костей и мягких тканей; началось применение VAC-терапии при гнойных процессах мягких тканей и др.

Внедрение новшеств, развитие высоких технологий невозможно без обновления медицинского оборудования. Здесь существенным подспорьем стала региональная программа модернизации здравоохранения 2011-2013 гг., в рамках которой проводились оснащение высокотехнологичным оборудованием и капитальный ремонт стационарных отделений госпиталя, на общую сумму свыше 150 млн руб.

Большое внимание уделяется созданию доступной среды для комфортного пребывания в госпитале ветеранов и маломобильных групп пациентов.

Поклон военным медикам

Высокие технологии – это, конечно, очень важно. Но профессию медика традиционно отличали качества, которые не всегда зависят от оборудования, но порой не менее важные, чем терапия. В данном случае это проводимая в госпитале работа по оказанию помощи и поддержки ветеранам войны в восстановлении и защите их законных прав и интересов, создание условий для медико-социальной реабилитации.

И где ещё, как не в этих стенах, встречаться с ветеранами школьникам и студентам! Это – настоящие уроки «живой истории». Пожалуй, такая форма военнопатриотического воспитания молодёжи является наиболее удачной.

В музее истории госпиталя собраны уникальные архивные документы о работе учреждения в годы Великой Отечественной войны.

В канун 70-летия Победы на территории госпиталя был открыт монумент, увековечивший бесмертный подвиг военных врачей.

– В годы Великой Отечественной войны через уральские госпитали прошли свыше 360 тыс. раненых, – отметил, открывая памятник, губернатор Евгений Куйвашев. – Более 70% пациентов возвращались в строй. Именно на Среднем Урале были выработаны подходы к лечению огнестрельных ранений, здесь создавались антибиотики, которые помогали избежать заражения и предотвратить эпидемии.

Идея поставить памятник самоотверженному труду врачей, медсестёр, санитаров, нянечек – героев «неизвестной войны» появилась ещё 20 лет назад. Одним из её авторов стал выдающийся врач, почётный гражданин Свердловской области и почётный начальник госпиталя Семён Спектор.

– Во время войны каждый медик был героем, – убеждён министр здравоохранения области Аркадий Белявский. – При этом памятники военным врачам, установленные в нашей стране, можно буквально сосчитать по пальцам.

Важно, что памятник воздвигнут на народные средства: свой вклад внесли как крупные предприятия и организации, так и ветеранская общественность, и жители области.

Памятник – знак уважения к медицинским работникам, которые благодаря своему самоотверженному труду спасали жизни солдат в годы Великой Отечественной войны и в ходе послевоенных вооружённых конфликтов. И сегодня они стоят на страже здоровья ветеранов войн – пациентов госпиталя.

Подготовила
Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Недавно в ходе научно-практической конференции по раку желудка российские хирурги обменивались опытом выполнения лапароскопических и роботассистированных операций, доказывали коллегам преимущества малоинвазивных вмешательств перед открытыми, ссылаясь, в том числе, на опыт зарубежных коллег. Эмоциональность дискуссии показала: вопрос, какая операция лучше, нельзя назвать решённым.

Корреспондент «МГ» Елена БУШ поинтересовалась, что думает по этому поводу человек, которого можно считать главным апологетом малоинвазивных операций, – президент Общества эндоскопических хирургов России, доктор медицинских наук, профессор Сергей ЕМЕЛЬЯНОВ. Вопреки ожиданиям суждения эксперта оказались не так однозначны.

– В отношении лечения онкологических больных, дискуссии о преимуществах того или иного хирургического подхода я считаю не имеющими смысла. Как показывает статистика, в России онкологические заболевания, в том числе рак желудка, в большинстве случаев выявляются на III и IV стадиях. Поэтому успех лечения зависит не от того, как пациентов будут оперировать – открыто, лапароскопически или с помощью робота. Успех – в ранней диагностике. Даже если мы тотально перейдём к технологии лапароскопической гастрэктомии, это не улучшит показатель выживаемости при раке желудка. Следовательно, убеждать хирургов в необходимости активно переходить от открытых операций к малоинвазивным попросту нецелесообразно.

Также я призвал бы не приводить в качестве бесспорного авторитета мнение наших зарубежных коллег, потому что некорректно сравнивать данные, полученные в странах с разной численностью населения и с разными схемами организации здравоохранения. Например, звучат такие реплики: в Америке и Европе нет онкологов, там больных раком лечат хирурги. Так это же плохо! Мне самому неоднократно приходилось слышать от зарубежных врачей положительные отзывы о том, что в СССР была создана отдельная онкологическая служба, благодаря чему показатели эффективности лечения и выживаемости онкобольных у нас были лучше, чем в странах, где такой службы нет. И всё именно потому, что у нас пациента с онкологическим диагнозом лечит и затем постоянно, на протяжении всей его жизни, наблюдает онколог. За границей иначе: там пациент, которого прооперировали по поводу опухоли, теряется в общей статистике, его судьба не отслеживается.

Одним словом, нам нужно сосредоточиться не столько на смене хирургической парадигмы в онкологии, сколько на повышении эффективности работы по раннему выявлению рака, как это было в прежние времена.

– **Сергей Иванович, означает ли ваш ответ, что роботассистированной хирургии пока не место в российской онкологии?**

– Не означает. Не заниматься развитием роботической хирургии нельзя. Но делать это призваны научно-исследовательские хирургические институты, задача которых – собрать доказательную базу и определить роль и место роботической хирургии в лечении того или иного заболевания, в том числе онкологического. Только после этого данный подход может тиражироваться.

У малоинвазивной хирургии в принципе сложный «жизненный» путь. Двадцать лет, как в России создана Ассоциация эндоскопических хирургов, и на протяжении всего этого времени нам приходится преодолевать сопротивление. Ты предлага-

хирургов переходить на лапароскопические и роботические операции, потому что если начать делать это повсеместно без накопления доказательной базы, без стандартизации методики, будет много отрицательных результатов.

Возвращаясь к началу нашего разговора, хочу сказать, что правильное было бы онкологам договориться: давайте выполнять

Моё мнение – это не плохо. Если будущего врача правильно учить в университете, а затем на этапе постградуального образования, то он в случае необходимости выполнит холецистэктомию открытым способом, даже если никогда не видел, как это делается. Потому что в хирургии есть универсальные принципы, общие для всех подходов: как разрезать кожу, раз-

тогда ему нужно выбрать терапевтическую специальность».

Что касается женщин-хирургов, они очень аккуратны, у них бережное отношение к тканям. Надо признать, что интуиция, чутьё, сострадание – у женщин эти чувства больше развиты. И ещё они значительно скромнее мужчин в рассказах о своих достижениях.

– **Вы говорите, что не нужно превращать лапароскопическую и роботическую хирургию в фетиш, хотя и признаёте, что они имеют определённые преимущества перед открытой хирургией. Каким, по-вашему, будет соотношение этих подходов в будущем?**

– Двадцать лет назад никто представить не мог, что сегодня мы будем делать панкреатодуоденальные резекции лапароскопически и даже роботически. Причём если первые такие операции американские специалисты выполняли по 12 часов, то сегодня время операций сократилось до 8 и даже до 6 часов. Но значит ли это, что теперь всем нужно освоить лапароскопические ПДР? Нет, конечно. И прежде всего потому, что в лечении рака поджелудочной железы это не принципиально, так как операционная тактика влияет только на ранний послеоперационный период, но не отражается на показателях выживаемости больных.

Принципиально – научиться обеспечить человеку долгую и комфортную жизнь, если у него раковая болезнь с локализацией в поджелудочной железе. А это пожелание уже не к хирургам, а к тем учёным, кто занимается изучением морфогенеза онкозаболеваний.

Теперь к вопросу о будущем хирургии: он активно обсуждается с начала 2000-х годов, строятся прогнозы. И все сходятся на том, что актуальными останутся всего два раздела: военно-полевая хирургия, потому что локальные военные конфликты были, есть и будут, а также «городская» травма – лечение пациентов после автоаварий, ожогов и обморожений. Может быть, сохранится в нынешнем объёме реконструктивно-пластическая хирургия. Об онкологии большинство экспертов говорят, что хирургический раздел в этой области медицины будет заметно сужен, и я согласен с таким прогнозом.

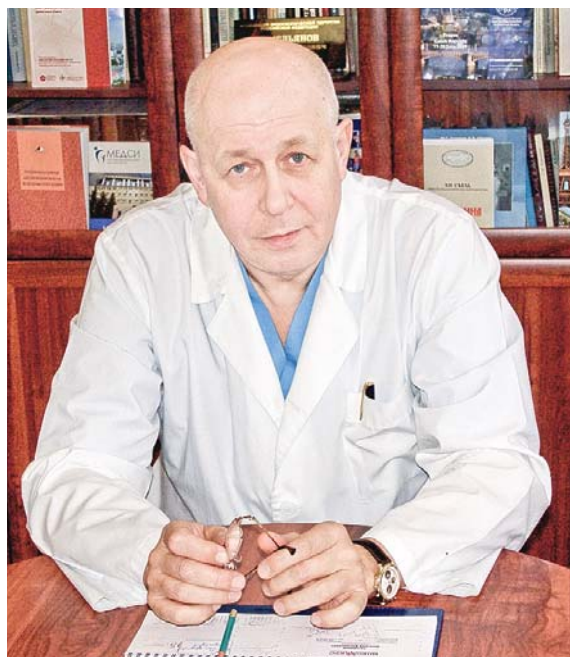
Однозначно, хирургия не будет развиваться в сторону обширных операций, даже при онкологических заболеваниях можно будет воздействовать на опухоль с помощью небольших агрессий. К примеру, проходить через сосуд и подводить лекарственные препараты к какой-то зоне. В лечении рака приоритетной будет роль химиотерапии и генной инженерии. К примеру, в лимфатическую систему вводятся химиопрепараты, которые останавливают рост опухоли. А небольшой имеющийся клон опухолевых клеток убирается с помощью каких-то минимальных воздействий, например киберножом.

Современные технологии, которые приходят в медицину из промышленности, в том числе военной, – та же роботизированная хирургическая техника, капсульные диагностические приборы, системы адресной доставки лекарственных препаратов – позволяют верить в то, что подобные прогнозы вполне реалистичны.

Авторитетное мнение

Взгляд в будущее: к чему идём?

Спор о приоритете малоинвазивной хирургии перед открытой не имеет смысла



лапароскопические резекции желудка только в нескольких определённых клиниках, чтобы в течение года-двух накопить опыт и оформить его в виде клинических рекомендаций. Как это было с раком ободочной кишки. За рубежом при этой патологии лапароскопический подход давно стал операцией выбора, там почти ушли от открытых вмешательств, но прежде чем активно призывать

вести мышцы, подойти к органу, как останавливать капиллярное и паренхиматозное кровотечения. И если вы всё это делаете правильно во время лапароскопической операции, то совершенно точно сможете сделать и во время открытого вмешательства. Конечно при условии, что хорошо знаете топографическую анатомию.

Гораздо более важным, на мой взгляд, является вопрос, как именно дать будущему хирургу хорошие навыки? На этапе постградуального образования очень важную роль играют симуляционные учебные центры. Причём те, которые организованы не на базе компаний, производящих медицинское оборудование, а на базе медицинских университетов под эгидой государства, которое может контролировать качество учебного процесса. Создано уже 24 таких учебных центра в разных городах страны: Владивостоке, Хабаровске, Томске, Екатеринбурге, Барнауле, Смоленске, Санкт-Петербурге, Петрозаводске, Ростове-на-Дону, Махачкале и т.д.

И ещё один аспект, который требует акцентуации, – продолжительность освоения навыков. Молодому врачу, только что окончившему ординатуру по хирургии, необходим полный 144-часовой курс обучения по эндоскопии, потому что ему придётся осваивать всё, начиная с базовых основ. Другое дело – опытный врач, у которого прекрасные результаты в открытой хирургии, и он хочет освоить малоинвазивные технологии. Ему будет достаточно курса продолжительностью 72 часа или нескольких мастер-классов.

– **Слово «хочет» ключевое? Возраст или особенности характера человека являются показанием или противопоказанием к овладению хирургией малых доступов?**

– Возраст значения не имеет, главное – желание. Характерологические особенности также не важны. В медуниверситете, где я преподавал, студенты 3-го курса, особенно девушки, всё время спрашивали: кто может стать хирургом? Какие качества должны быть у хирурга? И я всегда отвечал шуткой: «Если человек самостоятельно может постричь ногти у себя на руках и ногах, значит, его мануальные навыки позволяют ему стать хирургом, он обучаем. Если же без посторонней помощи не может,

есть какую-то новую методику, а тебе говорят: нет. Острый аппендицит лапароскопически? Нельзя. Острый холецистит? Нельзя. Грыжесечение? Нельзя. И каждая позиция в буквальном смысле слова отвоёвывалась. Были поистине трагические истории, когда врачей снимали с должности, лишали возможности оперировать.

– **За смелость?**

– Да, за смелость. Много лет назад один из наших коллег во время дежурства впервые выполнил по поводу ущемлённой грыжи лапароскопическую герниорафию. Его наказали тем, что на полгода отстранили от операций. Потом выяснилось, что методика оригинальная: он показал свои результаты на европейском конгрессе, и там ему аплодировали.

Другой коллега, ныне один из ведущих российских специалистов по эндовидеохирургии, в конце 80-х был строго наказан за то, что без согласования с руководством больницы выполнил пациентке лапароскопическую аппендэктомию.

– **Сейчас, с высоты собственного опыта вы уже можете оценить правильность тех решений: хорошо это было или плохо?**

– Считаю, что по сути было правильно, хотя по форме, конечно, нет. Как ни парадоксально прозвучит, но в определённом смысле я – за консервативный подход к активному внедрению эндоскопической хирургии. Не думаю, что на конференциях имеет смысл призывать всех

российских колопроктологов внедрять данную технологию, её нужно было опробовать в рамках научных институтов. НИИ колопроктологии взял на себя такую ответственность, освоил методику малоинвазивной хирургии, показал её преимущества, определил показания к выполнению лапароскопических операций на ободочной кишке, адаптировал для России учебную программу. И сегодня в регионах никакой самостоятельности в отношении данного заболевания у хирургов нет. Так же должно быть в отношении любой другой патологии, где эндовидеохирургия могла бы стать альтернативой открытой хирургии.

– **Именно поэтому следующий съезд эндоскопических хирургов России решено посвятить теме образования?**

– Да, есть необходимость дать чёткие ответы на вопросы, кого, чему и как обучать в эндоскопической хирургии.

Нужно ли молодому хирургу сначала овладеть навыками открытой хирургии, и только потом начинать обучение малоинвазивным подходам? Споры об этом идут давно. Ещё в 90-е годы на европейских хирургических форумах умудрённые опытом уважаемые профессора задавались вопросом, а правильно ли, что начинающий хирург сразу попадает в клинику, где жёлчный пузырь удаляется только лапароскопически? Дескать, мы вырастим целое поколение хирургов, которое не увидит открытую холецистэктомию, а хорошо ли это?

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 79 (1931)

(Окончание. Начало в № 88 от 25.11.2015.)

За период 2007-2013 гг. проведено 154 телемедицинские консультации, в том числе 92 – детям, находившимся на выхаживании в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова (Москва), 19 – детям с различными стадиями РН, в том числе и рубцовой, проживающими в Казахстане и Украине; 43 – детям с активной РН из различных регионов России (Курск, Новосибирск, Хабаровск, Барнаул, Саратов, Смоленск, Чебоксары).

Таким образом, разработанная концепция оказания высокотехнологичной офтальмологической помощи недоношенным детям с РН в различных стадиях заболевания включает поэтапную организацию раннего выявления, проведения диагностического мониторинга и лечения детей с РН с соблюдением единых подходов к срокам и критериям активного скрининга, стандартизации методик диагностического осмотра, а также сроков и технологий лазерного и хирургического лечения РН.

Стройная система активного скрининга и динамического диагностического мониторинга позволяет своевременно направлять детей с РН в специализированный офтальмологический центр для проведения лазерного лечения, а в случае дальнейшего прогрессирования заболевания – хирургического лечения.

Наличие в офтальмологическом центре специализированных подразделений, где проводят комплексную диагностику, определяют тактику лечения РН, осуществляют анестезиологическое обеспечение и послеоперационное долечивание, создаёт оптимальные условия для комплексного подхода к проблеме РН, включая разработку новых технологий диагностики, лазерного и хирургического лечения активных стадий заболевания, динамическое наблюдение детей с РН в отдалённом послеоперационном периоде, проведение необходимых коррекционных и реабилитационных мероприятий и подготовку высококвалифицированных кадров.

Данная система обеспечивает доступность оказания полного спектра современных лечебно-диагностических мероприятий для детей с РН в регионах, где нет перинатальных центров, объединяя все направления медицинской помощи – от точной диагностики и получения квалифицированных телемедицинских консультаций до высокотехнологичного лечения, что позволяет эффективно внедрять её на всей территории Российской Федерации.

Лечение активных стадий РН

Общепризнано, что проведение обширной лазерной коагуляции аваскулярной зоны сетчатки является единственным доказанным эффективным способом лечения активной ретинопатии недоношенных. Однако, несмотря на большой опыт проведения лазерной коагуляции сетчатки при РН, среди отечественных и зарубежных офтальмологов до сих пор продолжают активные дискуссии по показаниям, необходимому объёму и выбору её оптимальной методики, а также срокам выполнения. При этом в современной литературе прослеживаются тенденции к более раннему проведению лазерного лечения активной РН, в связи с чем существенно повышается необходимость в использовании наиболее безопасного и дозированного метода лазерного лечения с оптимизированными энергетическими параметрами и режимами коагуляции в зависимости от типа и характера течения РН.

В Калужском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» в лечении РН была впервые применена паттерновая лазерная коагуляция сетчатки.

Клинический материал составили 299 недоношенных новорождённых (566 глаз) при сроке гестации 25-31 неделя и массе тела при рождении 670-1630 г. Все младенцы были разделены на группы в зависимости от стадии, формы и типа течения заболевания в соответствии с разработанной клинкоморфометрической классификацией (см. табл. 7).

Предоперационная подготовка новорождённых с РН перед проведением лазерной коагуляции включала осмотр педиатра и анестезиолога, инстилляцию и инъекцию медикаментозных препаратов для расширения зрачка, подключение датчиков для мониторингирования жизненно важных функций (частота сердечных сокращений, сатурация крови кислородом).

Лазерная коагуляция сетчатки во всех случаях проводилась транспупиллярно с использованием роговичной контактной линзы Quad Pediatric Fundus Lens (Volk, США), под аппаратно-масочным наркозом (севофлуран с кислородно-воздушной смесью) на наркозном аппарате Fabius (Drager Medical AG&Co. KG, Germany) с использованием ларингеальной маски, что позволяет избежать возможных системных осложнений (нарушение дыхания, развитие окулокардиального синдрома и др.). Максимальный медикаментозный мидриаз достигался

Диагностика, лечение и организация высокотехнологичной офтальмологической помощи детям с активными стадиями ретинопатии недоношенных

Таблица 7
Распределение пациентов по стадиям и форме течения активной РН (566 глаз 299 детей)

Стадия РН, тип течения	Число глаз	Возраст новорождённых, нед.	Постконцептуальный возраст новорождённых, нед.
II стадия, неблагоприятный тип	111	5-6	34-37
III стадия, неблагоприятный тип	327	6-7	36-38
Задняя агрессивная РН (стадия ранних клинических проявлений)	86	4-6	31-35
Задняя агрессивная РН (стадия манифестации)	42	6-8	33-37

инстилляциями мидриатиков (0,5% мидриацила и 2,5% ирифрина). В случаях ригидного зрачка дополнительно выполнялась субконъюнктивная инъекция 0,05 мл 1%-ного раствора мезатона.

Лазеркоагуляция проводилась в паттерновом режиме на лазерной офтальмологической системе PASCAL Photocoagulator с длиной волны 532 нм (Optimedica, США).

В ходе проведения лазерной операции новорождённый располагался в положении лёжа на боку на специальном столике-приставке с регулируемой высотой подъёма, адаптированном к стационарной лазерной целевой лампе, что обеспечивало его стабильное и максимально удобное положение как для хирурга, так и для анестезиолога.

Технология паттерновой лазерной коагуляции сетчатки основана на применении дифференцированного подхода в зависимости от: стадии и формы заболевания (классическое течение РН – II, III стадии; задняя агрессивная РН в стадии ранних клинических проявлений и стадии манифестации); тяжести течения и степени сосудистой активности процесса (неблагоприятный тип течения РН); локализации процесса (с учётом общей площади аваскулярной сетчатки).

Оптимизация паттерновой лазерной коагуляции осуществлялась по степени интенсивности коагуляции, а именно, энергетическим параметрам: мощности, экспозиции, диаметру пятна; плотности коагуляции, то есть интервалу между лазерными аппликациями; видам и конфигурации используемых паттернов.

Во II стадии с неблагоприятным типом течения активной РН осуществлялась дозированная паттерновая лазеркоагуляция всей аваскулярной зоны, при этом использовались паттерны в виде «матричной решётки». В 1-й зоне выполняли коагуляцию низкой интенсивности (I степени по классификации L'Esperance F.), во 2-й и 3-й зонах – умеренной интенсивности (II степени по классификации L'Esperance F.). Плотность коагуляции варьировала от 0,75 до 1,5 диаметра коагулята (1,5-1 диаметр коагулята в 1-й зоне, 0,75-1 диаметр коагулята во 2-й и 3-й зонах при диаметре лазерного пятна

200 мкм). Основным вид паттерна выбирался, исходя из ширины аваскулярной зоны: с максимальным количеством точек – 5 x 5 – при коагуляции 1-й и 2-й зон, 4 x 4, 3 x 3 – при коагуляции 3-й зоны.

В III стадии с неблагоприятным типом течения РН также выполнялась паттерновая коагуляция всей аваскулярной зоны с использованием паттернов в виде «матричной решётки». Во всех случаях проводили коагуляцию умеренной интенсивности, соответствующей II степени по классификации L'Esperance F. Плотность коагуляции варьировала в диапазоне 0,25-0,5 диаметра коагулята (0,5 диаметра коагулята в 1-й зоне с височной стороны, 0,25 диаметра коагулята во 2-й и 3-й зонах при диаметре лазерного пятна 400 мкм). Выбор паттерна осуществлялся, исходя из ширины аваскулярной зоны (5 x 5 при коагуляции 1-й и 2-й зон, 4 x 4, 3 x 3 при коагуляции 3-й зоны).

При задней агрессивной РН на стадии ранних клинических проявлений паттерновую

при диаметре лазерного пятна 400 мкм.

Разработанный нами алгоритм выполнения паттерновой лазеркоагуляции сетчатки, включал несколько последовательных этапов.

На первом этапе проводилось предоперационное планирование паттерновой лазеркоагуляции. Так, на основании анализа цифровых фотографий оценивалась локализация процесса, протяжённость аваскулярной зоны по часовым меридианам и её ширина, а также морфометрические показатели ретинальных сосудов. В результате определялись необходимый объём, интенсивность и плотность коагуляции, выбирались наиболее оптимальные виды паттернов.

На втором этапе в начале лазерной операции после установки контактной роговичной линзы и достижения достаточной визуализации аваскулярной зоны с височной стороны проводилось тестирование коагулята в режиме одиночного импульса в непосредственной близости от демаркационного вала. На основании тестирования определялись опти-

мальные энергетические параметры (мощность излучения, экспозиция воздействия) для достижения требуемой интенсивности коагуляции, после чего проводили отграниченную коагуляцию вдоль демаркационного вала на всём его протяжении.

На третьем этапе выполнялась лазеркоагуляция всей аваскулярной зоны сетчатки по направлению от демаркационного вала к зубчатой линии последовательно по часовым меридианам. С учётом выбранной конфигурации паттернов осуществлялось их позиционирование по отношению друг к другу на расстоянии, соответствующем интервалу между лазерными точками в выбранном паттерне. Вначале использовались матричные паттерны с максимальным количеством точек, затем их количество постепенно уменьшалось, исходя из ширины оставшейся аваскулярной зоны.

На заключительном этапе лазерной процедуры проводилось дополнительное нанесение лазерных аппликаций на оставшиеся интактными участки аваскулярной сетчатки с использованием матричных паттернов с малым количеством точек (2 x 2) либо в режиме одиночного импульса.

Результаты лазерной коагуляции активной РН

В ходе выполнения паттерновой лазерной коагуляции осложнений ни в одном случае не наблюдалось.

Во II стадии РН с неблагоприятным типом течения РН во всех случаях наблюдалось постепенное уплощение демаркационного вала с его последующим полным исчезновением, уменьшение диаметра и извитости магистральных сосудов сетчатки. В сроки 2-4 недели после вмешательства обнаруживалось прорастание ретинальных сосудов между лазерными коагулятами в аваскулярную зону по направлению к зубчатой линии с восстановлением правильной ангиоархитектоники сетчатки к 3-4-й неделям после вмешательства. Регресс заболевания достигнут в 100% случаев в сроки проведения паттерновой лазерной коагуляции сетчатки не позднее 5-й недели жизни ребёнка.

В III стадии РН с неблагоприятным типом течения РН через 2 недели после паттерновой лазерной коагуляции аваскулярной сетчатки наблюдалось уплощение и истончение демаркационного вала, уменьшение высоты и объёма экстраретинальной фиброваскулярной пролиферации, постепенная резорбция ретинальных геморрагий. Через один месяц демаркационный вал определялся лишь в отдельных сегментах.

По мере пигментации коагулятов в месте их нанесения отмечалось формирование зоны хориоретинальной атрофии с неоднородной пигментацией соответственно аваскулярной зоне сетчатки. Дальнейшее наблюдение за течением процесса указывало на продолженный рост ретинальных сосудов в зону коагуляции (ранее аваскулярную зону) и нормализацию морфометрических параметров. Регресс заболевания был достигнут в 96,4% случаев при выполнении вмешательства в



Проведение паттерновой лазерной коагуляции сетчатки на установке «PASCAL»

во 2-й и 3-й зонах при диаметре лазерного пятна 400 мкм.

На стадии манифестации задней агрессивной РН выполнялась паттерновая лазеркоагуляция всей площади аваскулярной сетчатки по направлению от демаркационного вала до крайней периферии с использованием матричных паттернов в виде «квадратной решётки» с наибольшим количеством точек в паттерне – 5 x 5. Коагуляцию 2-й и 3-й зон проводили с высокой интенсивностью (III степень по классификации L'Esperance F.), коагуляцию 1-й зоны осуществляли с умеренной интенсивностью (II степень по классификации L'Esperance F.). Использовали максимальную плотность нанесения коагулятов, при которой интервал между лазерными аппликациями составлял 0,5 диаметра коагулята в 1-й зоне с височной стороны и 0,25 диаметра лазерного пятна во 2-й и 3-й зонах

сроки не позднее 7 недель жизни ребёнка.

В группе младенцев с задней агрессивной РН после паттерновой лазеркоагуляции были получены следующие результаты:

- в стадии ранних клинических проявлений задней агрессивной РН непосредственно после выполнения паттерновой лазерной коагуляции аваскулярной сетчатки в сроки 7-10 дней после вмешательства при положительной динамике процесса наблюдались значительное уменьшение сосудистой активности на глазном дне, уменьшение выраженности ишемического отёка сетчатки, уплощение и исчезновение демаркационного вала (при его наличии), увеличение зоны васкуляризированной сетчатки за счёт «прорастания» концевых сосудов в зону коагуляции. Регресс заболевания был достигнут в 80,2% случаев;
- в стадии манифестации задней агрессивной РН при положительной динамике процесса после выполнения паттерновой лазерной коагуляции аваскулярной сетчатки в максимальном объёме отмечались постепенный регресс экстраретинальной пролиферации с уплощением демаркационного вала, уменьшение экссудации в стекловидное тело, резорбция геморрагий, а также постепенное прорастание концевых ретинальных сосудов за пределы вала между коагулятами по направлению к крайней периферии в зону аваскулярной сетчатки, подвергнутой лазерной коагуляции. В результате проведения оптимизированной методики паттерновой лазеркоагуляции, характеризующейся высокой интенсивностью и высокой плотностью коагуляции, в стадии манифестации задней агрессивной РН регресс заболевания достигнут в 61,6% случаев.

Основными критериями при определении показаний служат, помимо клинических признаков, характеризующих стадии РН, объективные количественные показатели состояния ретинальных сосудов, определяемые методом цифровой морфометрии;

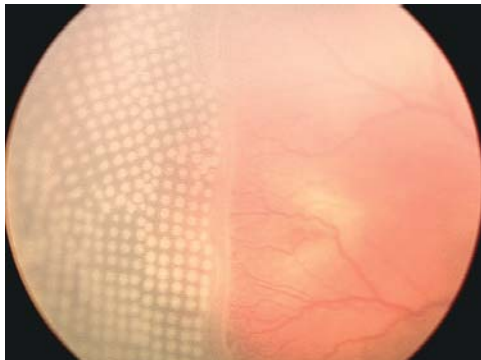
- при выявлении на 5-6-й неделях жизни младенцев (ПКВ – 35-37 недель) II стадии РН с неблагоприятным типом течения, характеризующейся следующими морфометрическими и ретиноскопическими признаками: увеличением диаметра ретинальных сосудов как в центре: артерий – до $68,06 \pm 3,16$ мкм, вен – до $111,54 \pm 1,97$ мкм, так и на периферии: артерий до $52,89 \pm 2,86$ мкм, вен – до $56,48 \pm 0,40$ мкм; КИ – до $1,171 \pm 0,44$; площадь аваскулярной сетчатки в среднем $371,80 \pm 50,41$ мм², расположением демаркационного вала во 2-й зоне глазного дна, его распространением на 6-12 часовых меридианов, наличием в области коллатералей округлых или овальных очажков фиброзной ткани серого цвета, а также появлением артерио-венозных шунтов по границе с аваскулярной сетчаткой, следует прогнозировать развитие III стадии ретинопатии недоношенных, а, следовательно, рекомендовать проведение ранней дозированной лазеркоагуляции сетчатки;

- при выявлении на 6-8-й неделях жизни младенца (ПКВ – 36-38 недель) III стадии РН с неблагоприятным типом течения, характеризующейся увеличением диаметра ретинальных сосудов в центре: артерий – до $72,94 \pm 2,87$ мкм, вен – до $130,76 \pm 4,54$ мкм и на периферии: артерий – $57,36 \pm 0,95$ мкм, вен – до $61,66 \pm 4,35$ мкм; КИ артерий – до $1,16 \pm 0,24$, среднего значения площади аваскулярной сетчатки до $328,92 \pm 47,61$ мм²; наличием во 2-й зоне глазного дна новообразованной экстраретинальной фиброваскулярной ткани в виде непрерывного вала, распространяющегося на 6-9 часовых меридианов, резкое расширение и штопоробразную извитость сосудистых шунтов и коллатералей за валом пролиферации, свидетельствует о необратимости патологического процесса и о невозможности самопроизвольного регресса, что требует незамедлительного проведения лазерной коагуляции аваскулярной сетчатки;

- при выявлении на 4-6-й неделях жизни младенца (ПКВ – 31-35 недель) задней агрессивной РН на стадии ранних клинических проявлений, характеризующейся прогрессирующим расширением ретинальных сосудов (увеличение средних значений диаметра центральных артерий до $78,58 \pm 4,41$ мкм, вен – до $128,93 \pm 3,03$ мкм, КИ артерий – до $1,079 \pm 0,018$; артерий на границе с аваскулярной сетчаткой – $61,80 \pm 2,60$ мкм, вен – до $60,92 \pm 2,54$ мкм), с появлением начальных признаков формирования демаркационного вала, в сочетании с крайней степенью дезорганизации сосудистой системы сетчатки, васкуляризацией только 1-й зоны глазного дна (площадь аваскулярной зоны – $566,91 \pm 73,30$ мм²), требуется проведение лазеркоагуляции аваскулярной сетчатки;

- выявление на 5-6-й неделях жизни младенца (ПКВ – 31-33 недели) задней агрессивной РН на стадии манифестации, характеризующейся прогрессирующей вазодилатацией (увеличение диаметра центральных артерий до $88,20 \pm 4,52$ мкм, вен – до $157,48 \pm 6,91$ мкм; периферических артерий до $75,14 \pm 2,03$ мкм, вен – до $71,38 \pm 2,533$

мкм); резким повышением извитости артерий (КИ – $1,204 \pm 0,034$); наличием высокого проминирующего вала экстраретинальной пролиферации в виде разомкнутого кольца, в сочетании с крайней степенью дезорганизации сосудистой системы сетчатки (площадь аваскулярной зоны $497,49 \pm 69,21$ мм²), является абсолютным показанием для незамедлительного выполнения лазерной коагуляции аваскулярной сетчатки.



III стадия РН, неблагоприятный тип течения (цифровая фотография глазного дна пациента А. в возрасте 6 недель, постконцептуальный возраст – 37 недель, на вторые сутки после паттерновой ЛКС)

Преимуществами паттерновой лазеркоагуляции в сравнении со стандартной методикой являются: значительное сокращение продолжительности вмешательства (не менее чем в 2 раза на каждой стадии РН по сравнению с лазеркоагуляцией сетчатки в режиме однократного импульса ($p < 0,001$), а следовательно, наркозного пособия недоношенному ребёнку, повышение точности постановки лазерных коагулятов, обеспечение высокой дозированной лазерной энергии и возможность её выполнения за один сеанс, вне зависимости от локализации патологического процесса.

В Калужском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» разработан дифференцированный подход к ранней витреальной хирургии в случаях прогрессирования РН после лазеркоагуляции сетчатки.

Ранняя витреальная хирургия (ленсберегающей витрэктомии) проведена на 45 глазах с прогрессированием РН после выполнения паттерновой лазерной коагуляции сетчатки.

Показания к проведению ранней витрэктомии: усиление сосудистой активности в заднем полюсе глаза; усиление отёка сетчатки в области фovea; появление единичных или множественных преретинальных кровоизлияний и помутнений в стекловидном теле; разрастание фиброваскулярной ткани вдоль вала и в стекловидном теле с образованием витреоретинальных тракций; формирование отслойки сетчатки.

Прогрессирование РН после паттерновой ЛКС зафиксировано в 7,9% случаев. Из них: при неблагоприятном типе течения III стадии РН – в 3,6% случаев, на стадии ранних клинических проявлений задней агрессивной РН – в 20% случаев, на стадии манифестации задней агрессивной РН – в 38,4% случаев.

В зависимости от выявленной формы отслойки сетчатки, глаза новорождённых с прогрессированием РН были разделены на три группы.

Группу 1 составили 19 глаз (42,2%) с локальной тракционной отслойкой сетчатки, протяжённостью не более 4 часовых меридианов; группу 2 – 12 глаз (26,7%) с подковообразной отслойкой сетчатки, не смыкающейся или смыкающейся с височной стороны в горизонтальном меридиане между аркадами, с прилежащей макулой; группу 3 – 14 глаз (31,1%) с кратерообразной отслойкой сетчатки, при которой циркулярная отслойка сетчатки сопровождается отслойкой макулы.

Отличительной особенностью всех форм отслойки сетчатки является полное прилегание аваскулярной зоны, где предварительно проводилась ЛКС.

Ранняя витрэктомия у всех детей проводилась на аппарате Constellation (Alcon, США). Во всех случаях выполнялась 3-портовая витрэктомия с использованием систем 25-27 G (частота – от 2500 до 5000 резов в минуту, вакуум – от 50 до 200 мм рт.ст.).

Хирургическое вмешательство во всех случаях проводилось под аппаратно-масочным наркозом (соединением с кислородно-воздушной смесью) на наркозном аппарате Fabius (Dräger Medical AG&Co. KG, Germany) с использованием ларингеальной маски, что позволяет избежать возможных системных осложнений (нарушение дыхания, развитие окулкардиального синдрома и др.).

На начальном этапе выполняли отсепаровку конъюнктивы от лимба с 3 до 9 часов. В участках планируемых склеротомий в нижне-височном, верхне-височном и верхне-височном квадрантах проводили диатермокоагуляцию склеры.

В 15 мм от лимба выполняли клапанные склеральные разрезы с использованием троакаров системы 25-27 G. В темпоральном

сегменте в области проекции угла глазной щели через участок склеротомии подшивали канюлю для подачи жидкости. Данная локализация подачи позволяет исключить ятрогенные повреждения хрусталика.

3-портовую витрэктомию проводили, последовательно устраняя витреоретинальные тракции по следующей схеме. Первым этапом удаляются тракции, идущие от демаркационного вала к хрусталику. Вторым этапом – от вала к плоской части цилиарного тела, затем – круговые тракции, идущие вдоль вала, с освобождением его от фиброваскулярной ткани. Четвёртый этап – удаление задних кортикальных слоёв стекловидного тела в макулярной области.

Дальнейший ход хирургического вмешательства в зависимости от формы отслойки сетчатки описан ниже.

Данный алгоритм является единым для всех видов отслойки сетчатки и позволяет минимизировать хирургическую травму и риск образования ятрогенных разрывов.

Особенности хирургической техники витрэктомии при локальной тракционной отслойке сетчатки. Соблюдая последовательность устранения тракционных составляющих, удаляли основную массу стекловидного тела в центральной области и области вала в среде BSS. При этом старались максимально дифференцировать незрелую фиброваскулярную ткань (ФВТ) и удалить её. В ходе



Задняя агрессивная РН, развитая стадия (флюоресцентная ангиограмма глазного дна пациента Н. через 6 месяцев после паттерновой ЛКС: ранняя артериальная фаза – регресс задней агрессивной РН, ярко выраженное контрастирование сосудов хориоидеи среднего калибра в зоне выполненной лазерной коагуляции (15 с))

операции проводили максимальную подводную диатермокоагуляцию новообразованных сосудов во избежание геморрагических осложнений и, соответственно, снижения риска пролиферативной активности.

Далее проводили обмен сред «жидкость-воздух», после чего в среде «воздух» удаляли остатки задних кортикальных слоёв, идущих вдоль вала и на крайней периферии, тем самым полностью исключая тангенциальные тракции. Затем убрали остатки жидкости в области ДЗН. С использованием высокой частоты – 5000 резов в минуту и минимального вакуума порядка 50-100 мм рт.ст. удаляли задние кортикальные слои стекловидного тела в области макулы, постепенно перемещая законечник витреотома от макулы к валу.

В среде «воздух» при необходимости проводили дополнительную лазеркоагуляцию участков васкуляризированной сетчатки со стороны локальной отслойки сетчатки.

Завершали операцию наложением узловых швов 8-0 викрил на участки склеротомий и на конъюнктиву. В полость глаза с использованием иглы 30 G трансклерально клапанным вводили 1 мм³ 20%-ной воздушно-газовой смеси гексафторида серы, достигая лёгкого гипертонуса.

Особенностью хирургической техники витрэктомии при подковообразной отслойке сетчатки является устранение кольцевых тракций вдоль вала. Учитывая, что при подковообразной отслойке нередко за счёт разрастания ФВТ образуется тракция, соединяющая участки отслойки (концы «подковы») со стороны макулы в горизонтальном височном сегменте, мы рассекали и удаляли ФВТ, позволяя тем самым подкове «раскрыться». Затем по окружности вдоль вала убрали остатки кортикальных слоёв и ФВТ со стороны аваскулярной сетчатки. Далее применяли бимануальную технику, для чего выполняли дополнительный прокол склеры и подшивали шендельер 29 G. Используя пинцет и витреальные горизонтальные ножницы, аккуратно и постепенно приподнимая ФВТ над валом, подсекали её и, переходя от одной стороны «подковы» к другой, по окружности срезали разросшуюся ФВТ.

Затем с помощью пинцета аккуратно захватывали задние кортикальные слои в области ДЗН, приподнимали и, используя ножницы, устраняли наиболее плотные сращения задней гиалоидной мембраны и ФВТ с сетчаткой. При проведении бимануальной техники активно использовали диатермоко-

агуляцию для исключения геморрагических осложнений, а также для визуализации остатков стекловидного тела и новообразованной ткани. После чего, используя витреотом 25 G с частотой 5000 резов в минуту и вакуумом порядка 50 мм рт.ст. удаляли освобождённую и приподнятую ФВТ и остатки задних кортикальных слоёв стекловидного тела с поверхности сетчатки.

Следующий этап – дополнительная лазеркоагуляция васкуляризированной сетчатки. Особое внимание – истончённым участкам вдоль отслоённой сетчатки, где была ФВТ. Необходимо создать дополнительный барьер в 2-3 ряда коагулятов. Завершается операция наложением узловых швов 8-0 викрил на склеротомии и на конъюнктиву. В полость глаза с использованием иглы 30 G трансклерально клапанным вводили, достигая лёгкого гипертонуса, небольшое количество BSS.

При кратерообразной отслойке сетчатки проводили круговую витрэктомию вокруг вала, удаляли разросшуюся ФВТ и эпиретинальные мембраны с использованием бимануальной техники, аналогичной при подковообразной отслойке сетчатки.

Предлагаемая хирургическая техника не допускает возникновения ятрогенных разрывов и минимизирует хирургические тракции, исключая распространение отслойки сетчатки.

Результаты ранней витрэктомии

Во всех группах хирургические операции были проведены в полном объёме согласно разработанной технологии.

Из интраоперационных осложнений необходимо выделить незначительные кровотечения из новообразованных сосудов в ходе удаления фиброваскулярной ткани (33 глаза – 73,3%), купировавшиеся проведением дополнительной подводной диатермокоагуляции, вымыванием и удалением сгустков крови и созданием гипертонуса. В 2 случаях (4,4%) произошли ятрогенные повреждения сетчатки в результате удаления ФВТ, что повлекло за собой изменения хода операции. Использовали краткосрочную тампонаду ПФОС и дополнительную лазеркоагуляцию места разрыва. Через 5-6 дней ПФОС удаляли и замещали в 1 случае на силиконовое масло и в 1 случае – на газ. В обоих случаях удалось успешно блокировать разрывы.

К поздним послеоперационным осложнениям следует отнести прогрессирование пролиферативной витреоретинопатии при тяжёлых формах отслойки сетчатки. В 2 случаях (4,4%) у пациентов с V стадией РН проводили органосохранные операции в возрасте 7-10 месяцев. При этом выполняли лентэктомию, удаляли ФВТ и эпиретинальные мембраны, освобождая складки отслоённой сетчатки от тракций.

В послеоперационном периоде анатомические результаты ранней витрэктомии на глазах с различными стадиями РН при прогрессировании заболевания после лазерной коагуляции сетчатки оценивались по прилеганию сетчатки: полное, частичное и отсутствие прилегания.

В группе 1 с локальной тракционной отслойкой сетчатки полное прилегание сетчатки было достигнуто на 18 глазах (95,2%), в группе 2 с подковообразной отслойкой сетчатки – на 11 (91,6%), в группе 3 с кратерообразной отслойкой сетчатки – на 9 глазах (64,3%). Следует отметить, что в случаях частичного прилегания сетчатки результат хирургического лечения также расценивался как положительный. Исходя из этого, эффективность ранней ленсберегающей витрэктомии в группе 1 при локальной тракционной отслойке сетчатки составила 100%. Регресс заболевания характеризовался отсутствием экстраретинальной пролиферации.

Эффективность ранней ленсберегающей витрэктомии в группе 2 при подковообразной отслойке сетчатки составила 93,5%. Клиническая картина регресса характеризовалась полным или частичным прилеганием сетчатки. Однако на 2 глазах (16,6%) отмечалось нарушение хода магистральных сосудов, а также наличие локальных участков преретинальной фиброзной ткани, которые на момент динамического наблюдения не требовали проведения дополнительных хирургических манипуляций.

При более тяжёлой форме отслойки сетчатки – кратерообразной – эффективность ранней витрэктомии составила 86,2%. Клиническая картина регресса характеризовалась более выраженным нарушением хода сосудистых аркад и дистрофическими изменениями сетчатки при полном или частичном её прилегании.

Таким образом, своевременное проведение лазерного и хирургического лечения РН по разработанным технологиям обеспечивает достижение благоприятного анатомического исхода заболевания с прогнозом на высокие функциональные результаты.

Александр ТЕРЕЩЕНКО,
директор Калужского филиала
МНТК «Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова Минздрава России,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Третья подобная конференция состоялась в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Министерства здравоохранения Московской области, Российского общества хирургов, Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, Московского отделения Всероссийского общества хирургов. На заседаниях обсуждался широкий круг вопросов, касающихся применения чрескожных ультразвуковых, эндоскопических и рентгеноэндоскопических технологий, неинвазивных вмешательств и их сочетаний в лечении опухолевых и неопухолевых заболеваний печени и желчных протоков в условиях многопрофильного стационара.

В работе форума участвовало более 300 специалистов – хирурги, эндоскописты, врачи ультразвуковой диагностики, рентгенологи, эндоваскулярные хирурги, терапевты из 42 регионов России и стран СНГ, иностранные гости.

Среди почетных гостей конференции – директор Института хирургии им. А.В.Вишневского, главный хирург Минздрава России академик РАН Валерий Кубышкин, председатель Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин, руководитель группы трансплантологии Российского научного центра радиологии и хирургических технологий (Санкт-Петербург) член-корреспондент РАН Анатолий Гранов, директор Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России член-корреспондент РАН Константин Лядов, председатель Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ профессор Владимир Вишневский, председатель Московского общества хирургов профессор Олег Луцевич, председатель секции миниинвазивных технологий Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ профессор Пётр Ветшев и другие известные учёные.

О необходимости персонализированного подхода к диагностике и лечению заболеваний печени, желчных протоков с участием специалистов различных профилей в своём приветствии подчеркнул генеральный директор НМХЦ им. Н.И.Пирогова Минздрава России профессор Олег Карпов. Он также отметил, что миниинвазивные технологии пронизывают всю клиническую практику Пироговского центра. Их уникальность состоит в том, что каждая такая технология при необходимости может быть трансформирована из диагностической в лечебную (своеобразный принцип «два в одном»). Заманчиво также сочетанное использование таких технологий, что превышает лечебно-диагностический эффект отдельных методов. Это так называемые гибридные операции, рандеву-технологии, опытом которых в полной мере обладает Пироговский центр. Они применяются в хирургии, урологии, гинекологии, кардиохирургии и др. При этом, их применение не является самоцелью, так как использование данных методов должно находить оптимальное место в лечебно-диагностических алгоритмах, снижая тем

нашу встречу как внеочередное заседание секции по миниинвазивной хирургии. Здесь собрались ведущие специалисты, занимающиеся миниинвазивными вмешательствами – чрескожными, эндоскопическими, эндоваскулярными. Открытое обсуждение техники выполнения этих операций очень полезно для молодых хирургов. Чтобы они не начинали изобретать

бавить, – говорит профессор Олег Охотников, – прекрасную организацию проводимой конференции. Широкое представительство специалистов из различных регионов России, стран СНГ – свидетельство роли миниинвазивных технологий в современной хирургической практике...

– На конференцию собрались хирурги со всей России, – вступает

поток таких пациентов на себя и достигли колоссального прогресса в проведении миниинвазивных вмешательств. Когда есть такие результаты, можно организовывать всероссийские и международные конференции. Почему хирурги откликнулись и с удовольствием приехали на конференцию? Потому что профессионалы пригласили профессионалов.

Итоги и прогнозы

Эра щадящих вмешательств

Миниинвазивные технологии в лечении заболеваний печени и желчных протоков: современное состояние и перспективы развития



Президиум

самым хирургическую агрессию, риск осложнений, но не понижая её общую эффективность.

Ведущие специалисты из различных регионов страны представили в своих докладах опыт применения миниинвазивных технологий антеградных чрескожно-чреспеченочных вмешательств под рентгенологическим и ультразвуковым контролем, ретроградных эндоскопических методик диагностики и лечения холедохолитиаза структур желчновыводящих протоков; эндоваскулярных технологий в лечении опухолей печени, неинвазивных методов абляции опухолевых образований, других заболеваний гепатобилиарной зоны. В завершении каждого пленарного заседания члены президиума – видные российские учёные обобщали сделанные доклады и высказывали рекомендации по применению миниинвазивных технологий.

– Нас пригласили принять участие в 3-й конференции, а проводятся они один раз в два года, – говорит заведующий кафедрой лучевой терапии с курсом онкологии Читинской государственной медицинской академии профессор Владимир Погребняков. – Я рассматриваю

велосипед, а использовали опыт предшественников. Сегодня, на мой взгляд, на 90% в малоинвазивной хирургии всё уже пройдено и известно. Ведь такая хирургия преодолела долгий путь становления, признания. Мне, например, ещё 15 лет назад говорили: что вы там своими «иголочками» можете сделать? Приходилось доказывать, что такая операция принесёт гораздо больше пользы, чем полостное, открытое вмешательство...

– Мы присутствуем на очень значимом мероприятии, организованном Пироговским центром, где рассматриваются вопросы применения миниинвазивных инновационных технологий в лечении заболеваний органов гепатобилиарной зоны, – продолжил разговор академик Дмитрий Гранов. – Следует подчеркнуть важность комплексного подхода в выборе инновационной технологии: чрескожно-ультразвуковой, эндоскопической, эндоваскулярной, неинвазивной абляции (Hifu, РЧА) и др., что несомненно улучшит результаты лечения тяжёлой категории пациентов. И в этих вопросах нам есть чему поучиться друг у друга...

– К сказанному хотелось бы до-

в беседу председатель Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ профессор Владимир Вишневский. – Большинство из них – прекрасно подготовленные, профессиональные люди, но приехали послушать коллег, познакомиться с интересным опытом. Скажу больше, таких специалистов не заставишь собираться прослушать лекции, скажем так, на отвлечённые темы. На конференции мы говорили о том, как улучшить диагностику, лечить хирургически больных при заболеваниях, о которых совсем недавно ещё говорили, что никакое вмешательство вообще невозможно при данной патологии. В некоторых

По окончании мероприятия генеральный директор Пироговского центра, профессор Олег Карпов обратил внимание вашего корреспондента, что именно хирургия гепатопанкреатодуоденальной зоны стала одним из первых и основных «потребителей» миниинвазивных вмешательств. Вместе с тем отчётливое понимание того, что метода-панацеи нет и, вероятно, быть не может, позволяет сегодняшним врачам не поддаваться чрезмерной эйфории и увлечённости лишь одним методом, а опыт, накопленный к настоящему моменту, даёт возможность оптимального выбора лечебно-диагностического алгоритма



Доклады вызвали неподдельный интерес

случаях малоинвазивные вмешательства вытеснили как таковую открытую хирургию.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова – признанный лидер по этому направлению. Здесь концентрируются самые сложные случаи. И хотя учреждение относительно молодое, благодаря комбинированному, вдумчивому подходу его врачи сумели сконцентрировать

у каждого конкретного больного. Ведь только широкий клинический кругозор и комплексный подход с разумной интеграцией того или иного метода позволяют надеяться на достижение максимально возможных результатов в лечении и диагностике многочисленных заболеваний.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Особый случай

Челюстно-лицевые хирурги Бурятской республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко сделали практически невозможное: они реконструировали почти полностью разрушенный лицевой скелет молодой женщине, которая пострадала в дорожной аварии на загородной трассе. И что самое важное – они справились своими силами, не прибегая к помощи столичных специалистов.

В Минздраве Республики Бурятия уточняют: с февраля 2014 г. по октябрь 2015 г. Евгении Н. было выполнено 6 операций. Первую челюстно-лицевую хирург РКБ Бадмажап Дамбаев проводил на выезде, в условиях районной больницы, куда «скорая» доставила пострадавшую с места аварии. У женщины были множественные осколочные переломы нижней и верхней челюсти, скуловой области и носовых костей. Задачей хирурга было скрепить проволочными швами и зашинуировать фрагменты



Лицо «собрали» из осколков

И обошлись без столичных хирургов

лица, чтобы можно было эвакуировать больную в Улан-Удэ.

Затем, уже в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии Республиканской больницы пациентке поэтапно восстанавливали формы челюстей, носа, скулы, области щёк. По словам заведующего отделением заслуженного врача РФ Баира Гарматарова, для реконструкции нижней челюсти использовали фрагмент ребра Евгении, а чтобы устранить западение спинки носа – рёберный хрящ. Для коррекции деформации скуловой и подглазничной области с формированием нижнего края орбиты был взят обширный хрящевой трансплантат из ребра и грудины пациентки. Во время последней операции хирур-

ги закрыли дефект скуловой дуги и правой щёчной области.

– Важно, что в результате выполненных вмешательств нам удалось восстановить и целостность обеих челюстей, и жевательную функцию, благодаря чему пациентка теперь имеет возможность нормально питаться. Ещё предстоит операция по закрытию дефекта неба, а завершающим этапом лечения станет рациональное зубопротезирование, – говорит Баир Гарматаров.

Сама пациентка с огромной благодарностью отзывается о работе бурятских врачей.

Елена СИБИРЦЕВА,
МИА Сити!

Улан-Удэ.

Женщина 41 года, служительница зоопарка, поступила по скорой помощи в отделение интенсивной терапии больницы с тяжёлой травмой грудной клетки, которую нанёс ей слон.

Двухлетний азиатский слон весом 1200 кг родился и вырос в зоопарке, то есть был хорошо известен всем работникам, в том числе и пострадавшей. Всё произошло на тренировочной площадке, где данная сотрудница обучала своего подопечного некоторым упражнениям. Она заметила изменение в его поведении, но не успела выйти за ограждение. Слон придавил её своим туловищем к бревну-стойке так, что она потеряла сознание. Прибывшие на место коллеги вывели её в безопасное место.

Неотложная помощь была оказана парамедиками. Когда они прибыли, пострадавшая была без сознания, с характерным агональным дыханием, пульс не определялся. Была проведена оксигенация объёмом 15 л/мин через маску, кардиопульмональные мероприятия.

По прибытии скорой помощи женщина была возбуждена, но ориентирована в происшедшем и жаловалась на затруднённое дыхание и боль в правой половине грудной клетки. При первом обследовании пульс 110/мин, систолическое давление 100 мм рт.ст. ЧСС 36/мин. Быстро развились признаки респираторного дистресс-синдрома. При аускультации лёгких отсутствовали дыхательные звуки в правой половине грудной клетки и ослабление дыхания слева. Были признаки подкожной эмфиземы с распространением её на голову, шею, туловище и верхние конечности. Предварительный диагноз – двусторонний напряжённый пневмоторакс.

Работниками скорой помощи были наложены две игольные торакостомы двумя канюлями 12G x 9 см по Dwellcath на уровне второго межреберья по среднеключичной линии. Примерно через 10 минут восстановилась работа сердца (пульс 76/мин, систолическое давление 160 мм рт.ст.), появилось спонтанное дыхание 32/мин, и улучшился неврологический статус (10 баллов по шкале комы Glasgow).

По прибытии в отделение интенсивной терапии – пульс 115/мин, систолическое давление 90 мм рт.ст., ЧСС 38/мин и SaO_2 74% при дыхании кислородом 14 л/м. Физикальное обследование больной было затруднено из-за обширной подкожной эмфиземы, охватившей почти всё тело. Были также распространённые экхимозы по всей правой стороне грудной клетки и верхней части живота. Других повреждений об-

Клинический разбор

Неспровоцированное нападение Напряжённый пневмоторакс вследствие травмы

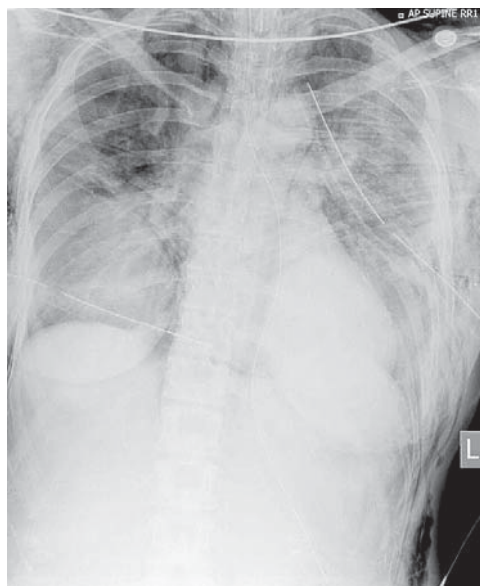


Фото 1. Рентгенограмма грудной клетки. Двусторонние переломы рёбер, обширная подкожная эмфизема и межкостальные катетеры, поставленные на догоспитальном этапе

наружено не было. Фокусное УЗИ для выявления травмы (ФУЗИТ) было выполнено, но интерпретация результатов была затруднена вследствие обширной эмфиземы. Больная была интубирована, наложены 32 катетера с обеих сторон в межреберных промежутках, что улучшило вентиляцию лёгких и гемодинамический статус. Затем межреберные катетеры удалены. На рентгенограмме грудной клетки (фото 1) видна обширная эмфизема, множественные переломы рёбер и признаки напряжённого пневмоторакса в верхушке правого лёгкого. КТ шейного отдела позвоночника показала наличие повреждений позвоночника, рёбер, грудины, лёгких и печени (фото 2).

Больной проводилась интенсивная терапия в течение 4 дней. Постепенное выздоровление происходило без осложнений, и она была выписана из больницы на 11-й день госпитализации.

Обсуждение

В последние 15 лет в зоопарках мира имели место по крайней

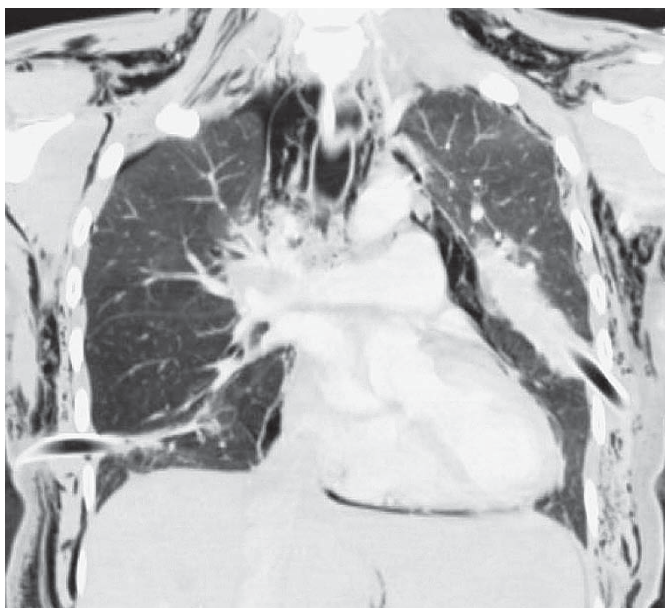


Фото 2. КТ грудной клетки во фронтальной позиции. Остаточный правосторонний пневмоторакс, пневмомедиастинум, обширная двусторонняя подкожная эмфизема и межкостальные катетеры с двух сторон

мере 18 фатально закончившихся инцидентов в связи с нападением слонов. В Австралии подобных происшествий не зафиксировано.

Приведённый случай травмы, связанный с нападением слона, показал всю важность оказания быстрой догоспитальной помощи при серьёзном повреждении грудной клетки. Напряжённый пневмоторакс является редким и потенциально фатальным осложнением ургентным повреждением, он представляет собой обратимую причину травматического шока и остановки сердца.

Напряжённый пневмоторакс может развиваться после значи-

тельной травмы грудной клетки тупым предметом. Повреждение сопровождается тяжёлым респираторным дистрессом, падением уровня оксигенации крови, перерастяжением плевральных полостей, тимпаническим звуком при перкуссии грудной клетки и ослаблением дыхательных шумов при аускультации лёгких. Напряжённый пневмоторакс может вызвать острый кардиоваскулярный коллапс и шок вследствие уменьшения возврата венозной крови по причине внезапно возникающего положительного внутриплеврального давления. Диагноз ставится обычно по клиническим призна-

Повреждения, выявленные при КТ грудной клетки

Переломы:

- поперечный отросток слева 1-го шейного позвонка
- грудина (без смещения)
- рёбра слева: 1, 2–5 (свободный фрагмент), 6–8
- рёбра справа: 1–2
- угловая деформация стерно-хондрального сустава справа

Другие:

- левосторонний гемопневмоторакс
- пневмомедиастинум и правосторонний пневмоторакс
- контузия обоих лёгких
- обширный коллапс нижних долей обоих лёгких
- перипортальный отёк печени
- обширная подкожная эмфизема

кам, как это было в сообщаемом наблюдении.

Рентгенография грудной клетки не обязательно показана в таких случаях, но если производится, можно увидеть смещение срединной тени внутригрудных органов, перерастяжение плевральной полости на стороне поражения и коллапс контрлатерального напряжённого пневмоторакса лёгкого.

При двустороннем напряжённом пневмотораксе будет двустороннее увеличение плевральных полостей и двусторонний коллапс лёгких. Консенсус по травме грудной клетки рекомендует провести быструю клиническую диагностику напряжённого пневмоторакса, так как в этом случае требуется ургентная декомпрессия грудной клетки. Одно- и двусторонний напряжённый пневмоторакс могут быть ассоциированы со значительной подкожной эмфиземой, которая затруднит аускультацию грудной клетки.

Незамедлительная помощь при напряжённом пневмотораксе потребует ургентной игольной декомпрессии во втором межреберье по средне-ключичной линии, последующего введения межрёберного катетера (тора-костомическая трубка) обычно в 4-м или 5-м межреберье также по средне-ключичной линии.

В Австралии игольную декомпрессию грудной клетки могут выполнить тщательно подготовленный парамедик (4-й и выше уровень). Показаниями к догоспитальной декомпрессии грудной клетки после серьёзной травмы служат травматическая кардиоваскулярная остановка, значительная (рефрактерная) гипоксия или гипотензия, множественные сопутствующие повреждения, длительное время транспортировки, необходимость вентиляции лёгких под положительным давлением и транспортировка вертолётном. Подготовленные медицинские специалисты могут также выполнить торакцентез с установкой трубки или открытую торакстому на догоспитальном этапе.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

**По материалам
Medical Journal of Australia.**

Начеку!

Следственным комитетом Российской Федерации возбуждено уголовное дело по ст. 238.1 ч. 1 УК РФ «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок».

На контроле территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) – более 48 500 объектов, занятых производством и оборотом биологически активных добавок (БАД). За первое полугодие 2015 г. проведено более 1300 проверок в отношении производителей биологически активных добавок к пище и аптечных организаций, осуществляющих их реализацию. Исследовано более 3800 образцов БАД, забраковано 42 партии продукции, наложено 618 штрафов на общую сумму более 764 тыс. руб. В Российской Федерации создана гармонизированная с ев-

БАД: главное — качество и безопасность

ропейским законодательством и законодательством Евразийского экономического союза законодательная, нормативная и методическая база, позволяющая оценивать безопасность, пищевую ценность и качество биологически активных добавок к пище, их производство и оборот, совершенствовать систему регистрации БАД.

Роспотребнадзор и его территориальными органами контроль (надзор) за БАД к пище осуществляется как на дорыночной стадии (государственная регистрация), так и на стадии обращения на рынке. Для качественного и количественного определения основных биологически активных компонентов в БАД разработано более 160 методов идентификации и количественного определения биологически активных веществ.

При осуществлении плановых и внеплановых проверок производителей биологически активных добавок к пище, а также аптечных сетей, осуществляющих их реализацию, особое внимание уделяется контролю за качеством и безопасностью продукции. При этом обеспечивается выполнение всех необходимых лабораторных исследований БАД на соответствие требованиям технического регламента Таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции».

В целях гармонизации законодательства Российской Федерации с требованиями Конвенции «Медикрим» был принят ряд изменений в федеральное законодательство. Федеральным законом № 532-ФЗ от 31.12.2014 «О внесении изменений в отдельные законодательные

акты Российской Федерации» введены дополнительные меры по защите жизни и здоровья граждан России и неотвратимости наказания за оборот фальсифицированных БАД. Это позволило Роспотребнадзору прекратить государственную регистрацию фальсифицированных биологически активных добавок «Тонгкат Али Платинум» (капсулы массой 382 мг) и «Тонгкат Али Платинум Форте» (капсулы по 300 мг) производства Polens (M) SDN. BHD. (Малайзия), содержащих не заявленные при государственной регистрации фармацевтические субстанции (тадалафил).

Росздравнадзор обращает внимание на своём сайте, что действие свидетельств о государственной регистрации №RU.77.99.11.003.E.012801.12.14

от 25.12.2014 (типографский номер бланка 258934), №RU.77.99.19.003.E.000018.01.15 от 12.01.2015 (типографский номер бланка 259172) прекращено.

В настоящее время специалистами Роспотребнадзора продолжают контрольно-надзорные мероприятия в отношении производства и оборота БАД. При этом проводятся все необходимые исследования. Особое внимание обращается на наличие документов на используемое сырьё, соответствие содержания этикеточной надписи продукта требованиям, изложенным в свидетельстве о государственной регистрации, в том числе ингредиентный состав, показания и противопоказания к применению БАД.

Ситуация с оборотом биологически активных добавок остаётся на контроле Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

Нередким спутником заболеваний сердечно-сосудистой системы выступает хроническое облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей (ХОЗАНК). По оценке специалистов, проблема эта по своей значимости сопоставима с такими грозными недугами, как инфаркт миокарда и инсульт. Но вот клиническая практика убеждает: в отличие от них нередко недооценивается.

О роли консервативного лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей размышляет наш гость – главный научный сотрудник отдела сосудистой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Валерий КОШКИН.

– Как бы вы оценили место атеросклероза артерий нижних конечностей в общей картине сбоев сердечно-сосудистой системы?

– Заболевания сердечно-сосудистой системы – сегодня наиболее частая причина преждевременной смерти. Как правило, речь идёт об ишемической болезни сердца и поражениях сосудов головного мозга. При этом невольно бросаются в глаза явные недочёты медицинской профилактики, когда врачи совершенно недостаточное внимание уделяют «бедам» периферических артерий. А между тем частота подобных заболеваний очень велика: у взрослых пациентов они обнаруживаются почти в 10% случаев!

– Какова эпидемиология недуга?

– Нынешняя распространённость атеросклероза в значительной степени определяется постарением населения, а с другой – недостаточной эффективностью лечебных мероприятий, противостоящих недугу. Его природа достаточно сложна. Особенность заболевания – мультифокальность, то есть одновременное поражение практически всех основных сосудистых регионов: коронарных сосудов, интра- и экстрацеребральных артерий, почечных артерий, артерий, кровоснабжающих органы брюшной полости и нижние конечности.

Исследования убеждают: в настоящее время практически все мы подвержены атеросклерозу, однако тяжесть и скорость его развития очень варьирует. Неотъемлемая грань проблемы – облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей составляет 2-3% от общей численности населения и около 10% – у лиц пожилого возраста. В действительности число больных благодаря субклиническим формам (когда лодыжечно-плечевой индекс меньше 0,9 и перемежающаяся хромота проявляется только при большой физической нагрузке) в 3-4 раза больше. Кроме того, начальные стадии ХОЗАНК нередко вообще не диагностируются, особенно на фоне тяжёлых форм ишемической болезни сердца или мозга.

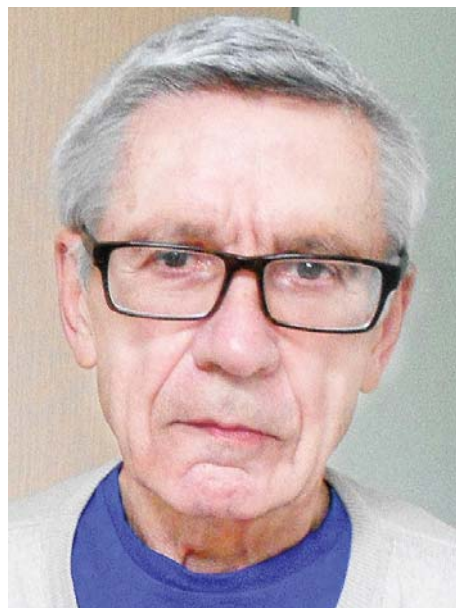
Результаты Фрамингемского исследования показали: до 65 лет атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в 3 раза чаще болевают мужчины. Такое же число заболевших женщин встречается лишь в 75-летнем и более старшем возрасте. После 50 лет, по данным Dormandy, в США и Западной Европе клинически проявляющаяся перемежающаяся хромота выявлена у 6,3 млн лиц (десятая часть всего населения страны старше 50 лет).

Перемежающаяся хромота у многих больных ХОЗАНК – достаточно доброкачественное состояние. Но её наличие указывает на развитие у больного генерализованного атеросклеротического поражения. При этом от 25 до 50% больных грозит ампутация поражённой конечности.

Врач и пациент

Осторожно: очень слабый напор!..

ХОЗАНК – огромная опасность скрывается за этой аббревиатурой



Заболевание, при всей его сложности, отступает, если сталкивается с настойчивым грамотным клиническим противодействием. Центральной фигурой при этом призван выступить врач поликлиники.

Говоря об организации лечения в условиях поликлиники, нельзя забывать о социальной адаптации больных и психологической стороне процесса взаимодействия врача и больного. Между тем опыт работы ангиологических кабинетов Санкт-Петербурга показал: половина больных с заболеваниями периферических сосудов настроены так, что они больше не могут вести полноценную жизнь. И это на фоне редкой обращаемости людей в поликлинику: сказывается в целом неплохое общее самочувствие и... недоверие больных к лечащему врачу. А между тем болезнь не дремлет. Упускается возможность своевременно начать лечение, обеспечить его непрерывность. И здесь нельзя не сказать о возрастающей роли специалиста-ангиолога.

Достаточно полно вопросы консервативной терапии больных ХОЗАНК изложены (под руководством академика А.В.Покровского, Москва, 2007) в рекомендациях Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий», созданных на основе трансатлантических согласительных документов.

– А если говорить о патогенезе ХОЗАНК...

– Различают два типа атеросклеротических бляшек – когда повреждается только интима (эрозии) и когда происходит её разрыв. Нестабильности атеросклеротической бляшки способствует сохранение высокой концентрации холестерина с увеличением холестерина ядра, истончением капсулы с повышением риска разрыва; нарушение целостности фиброзной капсулы, приводящее к контакту содержащихся в бляшке липидов с тромбоцитами и последующим формированием тромба. В итоге мы наблюдаем развитие острых ишемических синдромов – инфаркта миокарда или инсульта, а также критической ишемии поражённой конечности.

– Как вы оцениваете общую ситуацию с лечением облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей?

– Сегодня приоритет лечения отдан стационарам. Однако последние – и это не секрет – обладают ограниченной пропускной способностью, что не позволяет рассчитывать на сколько-нибудь значимое улуч-

шение общей «погоды». Сразу же подчеркну принципиально важную деталь: находится ли пациент в стационаре, направлен ли он на консультацию к специалистам, каждый ангиологический больной должен наблюдаться в амбулаторном лечебном учреждении. Именно здесь оптимальным образом можно обеспечить результативность лечебного процесса.

но-сосудистыми заболеваниями звучит как проблема номер один в мировой медицине, непонятно само отсутствие официального признания ангиологии как отдельной медицинской специальности. И как следствие – низкая роль поликлиники как звена лечебного процесса в борьбе с распространённым недугом.

– Звучит мрачно... Но, вероятно, есть факторы ри-

окклюзионно-стенотического процесса, величину регионарного АД с расчётом лодыжечно-плечевого индекса, состояние сосудистой стенки, в частности, атеросклеротической бляшки и её склонность к разрыву. При необходимости одновременно можно оценить состояние регионарного венозного кровотока и выполнить ряд обязательных биохимических исследований,

ска, коррекция которых возможна?..

– Как банально это ни звучит, но приходится напоминать о здоровом образе жизни. На первое место я бы поставил курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, недостаточную физическую активность.

Наблюдения показывают: 85% пациентов с уже установленным диагнозом продолжают дымить. Как говорят в народе, «хоть кол на голове теши»... Относительно меньше число курящих при сочетании облитерирующего атеросклероза и СД (55%). Связь между курением и развитием ХОЗАНК сильнее, чем между курением и ИБС. У любителей «затяжки» диагноз болезни устанавливается на 10 лет раньше. При этом её тяжесть зависит от числа выкуриваемых сигарет. У злостных курильщиков риск познакомиться с недугом в 4 раза больше, чем у некурящих.

Возникновению и развитию ХОЗАНК способствует гиподинамия. Здесь неплохо помогает обычная тренировочная ходьба, способствуя профилактике атеросклероза, заметно стимулируя коллатеральный кровоток.

Адекватная «здоровая» диета способна повлиять сразу на несколько составляющих атеросклеротического процесса – снижение АД, нормализацию липидного обмена и уровня глюкозы, снижение предрасположенности к тромбозу. Действенность такой диеты подтвердила Национальная программа питания в США. Её выполнение не замедлило сказаться на частоте инфаркта миокарда и смертности от него, а также от всех сердечно-сосудистых заболеваний в целом. В этой программе, в частности, сливочное масло и другие животные жиры, содержащие преимущественно насыщенные жирные кислоты, были заменены на специальный маргарин, в основе которого лежат растительные масла, богатые полинасыщенными жирными кислотами класса омега-6.

Что касается спиртных напитков, то наибольшее негативное воздействие оказывает крепкий алкоголь. Им злоупотребляют около 10% больных.

За последние годы существенно расширились возможности диагностики ХОЗАНК. В клиническую практику вошли ультразвуковые методы исследования, позволяющие неинвазивно определить характер

тот же липидный спектр крови. Сегодня на вооружении диагностов – компьютерная томография, рентгеноконтрастная ангиография, радионуклидная ангиография и пр. Этим богатством надо уметь воспользоваться.

Хотел бы подчеркнуть: амбулаторная консервативная терапия необходима абсолютно всем больным ХОЗАНК, независимо от стадии заболевания или выполненного хирургического вмешательства. Чем раньше начато лечение, тем выше его эффективность!..

И врачу и пациенту необходимо осознать: лечение должно быть пожизненным, непрерывным и комплексным, – с использованием всех доступных лечебных воздействий: устранением факторов риска, санаторно-курортным лечением и т.д.

Важно, чтобы больной выступал активным союзником доктора: был в достаточной степени информирован об особенностях своего заболевания и причинах его возникновения, умел контролировать своё состояние. От этого во многом зависит успех лечения.

В настоящее время взят курс на переориентацию специализированной ангиологической помощи в основном на поликлинические учреждения, с тем, чтобы максимально приблизить её к населению. Это не умаляет значимости специализированных госпитальных учреждений. Более того, способно оказать им существенную помощь, улучшив отдалённые результаты хирургических вмешательств, проведённых курсов интенсивной терапии.

И несколько слов в заключение. Больные ХОЗАНК требуют гораздо большего внимания на профилактическом уровне. Прежде всего, это касается поликлинического звена, где обязательной программой должна стать клиническая диагностика пациентов, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, биохимическое исследование крови, выявление факторов риска, ЭКГ и т.д., при необходимости – консультации других специалистов. Полагаю, что повышению уровня диагностики, консервативного лечения больных способствовало бы создание ангиологических кабинетов. Материальная основа для этого на местах существует.

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Недавно в Астрахани состоялись два немаловажных события – выездное заседание учебно-методической комиссии по инфекционным болезням и научно-практической конференции «Социально значимые нозологии в инфектологии». Организатор конференции – Минздрав России, председатель – президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова академик РАН Н.Ющук. Программа была чрезвычайно содержательной и интересной. На этом представительном форуме автор статьи выступил с докладом, посвящённым педагогическим и ценностно-смысловым аспектам изучения инфекционных болезней.

Следуя специальным моделям

Особое место среди профессиональной компетентности занимает духовно-нравственная позиция (устои) врача, предполагающая его высокую личную культуру и грамотную этико-просветительскую деятельность. Разработанные на кафедре педагогики и психологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова модели обучения как раз и призваны способствовать деонтологическому воспитанию, гражданственности и личностной зрелости будущих врачей, мотивировать их вести здоровый образ жизни и пропагандировать его среди населения. Предлагаемая учебная модель – это проблемно-проектный семинар, просмотр и обсуждение эмоционально насыщенных видеоматериалов, внутригрупповая дискуссия и разбор ситуационных задач. Всё это укрепляет нравственное и психологическое здоровье врача и тем самым служит профилактике синдрома эмоционального выгорания, медико-деонтологических ошибок и ятрогенных заболеваний.

Преподавание дисциплин «Инфекционные болезни» и «Педагогика и психология» в высшей медицинской школе весьма взаимосвязано. Каждый студент, обучающийся на кафедре педагогики и психологии МГМСУ, готовит и защищает определённый педагогический проект. Сценарии занятий с группами слушателей (а это могут быть лекции, дискуссии, ответы на вопросы) обычно заимствуются из жизни и зачастую связаны с различными инфекционными заболеваниями.

Тематика педагогических проектов говорит сама за себя – «Занятие для подростков по профилактике инфекций, передающихся половым путём», «Занятие для пациентов, страдающих вирусным гепатитом и ВИЧ/СПИДом», «Занятие для группы слушателей, посвящённое духовно-психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных пациентов» и, конечно же, «Занятие для врачей на тему духовно-нравственных аспектов этиологии, лечения и профилактики социально значимых инфекционных заболеваний».

Разработка педагогических проектов и проведение нравственно-просветительских занятий на темы, связанные с инфекционными заболеваниями, – это перспективный и актуальный компонент развития непрерывного медицинского образования врачей. Что здесь главное? Соединение предметной, содержательной стороны и новых педагогических технологий весьма положительно влияет на личностный и профессиональный рост будущих врачей.

На научно-практической конференции «Социально значимые нозологии в инфектологии» было представлено новое учебное пособие кафедры педагогики и психологии – «Нравственно-просветительские аспекты деятельности врача-педагога». Мы уверены, что поднятые в этом труде вопросы заслуживают самого пристального внимания специалистов. Пособие посвящено действительно актуальной проблеме – совершенствованию

развития образования и соответствует ныне действующему Федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования третьего поколения.

Особо выделю материалы по психологии здоровья и здорового образа жизни. Их цель – показать этические и педагогические аспекты: что и как надо донести до разума пациента или слушателя при проведении врачом нравственно-просветительской

навязать. Люди добровольно принимают её, если руководствуются здравым рассудком и чувством самосохранения, или сознательно отвергают, если преобладает страсть к разрушению и необузданному наслаждению. Отмечу, что мы обращаем внимание, прежде всего, на мотивацию. Поэтому юношей и девушек нужно учить культуре семейных отношений, навыкам общения и умению оставаться самими собой. В решении этой

пациентов и становится веской причиной неудовлетворённости российской медициной.

Увы, традиционное высшее медицинское образование всё больше превращается в классический пример массового конвейерного производства – «штампует» выпускников, как токарный станок детали. Однако высшая школа призвана быть не просто «кузницей кадров», а источником гуманитарных знаний, воспитания нравственного

Точка зрения

Инфекционные заболевания и стиль жизни

Сегодня всё острее стоит проблема повышения духовно-нравственной культуры врача



нравственно-просветительской деятельности врача-педагога. Это принципиально важно особенно сейчас, когда нравственные ценности и ориентиры в образовании, медицине и здравоохранении, к сожалению, размыты или только декларируются.

Созданию пособия предшествовал 17-летний опыт проведения на кафедре педагогики и психологии МГМСУ занятий по теме «Введение в духовную культуру врача» (руководитель – доктор педагогических наук, профессор Н.Кудрява). Образовательный процесс был построен на основе личностно-ориентированного подхода, создающего условия для снятия психологических барьеров и открытого диалога с обучающимися – студентами, аспирантами, практикующими врачами и преподавателями других кафедр.

В пособии содержится материал по проблемам духовно-нравственной культуры в истории отечественного и зарубежного высшего медицинского образования, рассматриваются аксиологические, деонтологические и смысловые аспекты кризисной беременности, нравственные и психологические грани здоровья и болезни, этические, психологические и педагогические вопросы, связанные с умирающим и клинической смертью. Предложены особый опросник «Мы и наши пациенты» и деонтологические задачи на смысл врачевания.

Также на научно-практической конференции состоялась презентация учебника «Психология и педагогика в медицинском образовании», выпущенного коллективом кафедры педагогики и психологии. Книга рекомендована в качестве учебника для студентов по дисциплине «Психология и педагогика», имеет гриф Федерального института

беседы, каков план (сценарий) такой беседы.

Наши идеи успешно воплощают в своей деятельности другие кафедры МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Приятно отметить: усилия выступавших на научно-практической конференции сотрудников кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии – академика РАН Н.Ющук, докторов медицинских наук, профессоров Ю.Мартынова, С.Максимова, Е.Климовой – направлены на более широкое использование инновационных педагогических технологий, практико- и личностно-ориентированных форм обучения в целях развития профессионального мышления и поведения обучающихся студентов, ординаторов и аспирантов.

Саморазрушение и инфекция

В докладе на научно-практической конференции «Социально значимые нозологии в инфектологии» указывалось, что первопричины некоторых заболеваний (в частности инфекционных) находятся в ядре личности и глубинах психики. Экзистенциальные проблемы, потеря смысла жизни, явное или скрытое нарушение нравственных законов и ценностных ориентаций приводят сначала к духовному и эмоциональному кризису, а потом – к соматическому заболеванию. Связь физического, психического и духовного в человеке прочна и взаимна. Поэтому болезнь какого-либо органа может ещё сильнее подорвать общее эмоциональное состояние, нарушить мышление и поведение. За примерами, увы, далеко ходить не надо: алкоголизм – печень – психика – деградация личности.

Опыт показывает, что в современном мире мораль невозмож-

благородной задачи миссию врача-инфекциониста трудно переоценить.

Медицинская профилактика ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов и венерических заболеваний бессмысленна без духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения и морального оздоровления общества в целом. Вполне понятно, что даже самые совершенные медицинские технологии, огромные финансовые средства, выделяемые на лечение, и строгие полицейские меры не смогут спасти общество, теряющее нравственные устои. Главное – понимание значимости традиционных моральных ценностей и пропаганда ответственного, здоровьесберегающего поведения.

Таким образом, гарантом сохранения здоровья служат духовность, нравственность и здравомыслие. Хорошо известно, что по-настоящему здоровый – это прежде всего нравственно здоровый человек, которого не разрывают на части внутренние стрессы, конфликты, проблемы и комплексы. Физически и психически здоровый человек, осознанно попирающий требования морали, становится асоциальной дисгармоничной личностью. Вот почему состояние личностной зрелости и гармонии достигается не только психологическими и психотерапевтическими методами, но в первую очередь соблюдением духовных норм. Современной молодёжи, да и не только молодёжи, это необходимо не просто популярно объяснить, но доказать.

Печальный эпизод

К большому сожалению, в советское время этико-деонтологические аспекты врачевания обычно оставались в тени. Да и сейчас их рассматривают в основном формально, как приложение к собственным медицинским знаниям, умениям и навыкам. Но в современных условиях духовно-нравственные вопросы выходят на первый план из-за большого количества деонтологических ошибок (вплоть до судебных процессов) и зачастую грубого, циничного отношения к пациентам.

Дефицит милосердия, человеколюбия и совестливости наиболее остро ощущаются нашим обществом. Как показывает анализ жалоб, поступающих в органы управления здравоохранением, именно низкая нравственная культура медицинских работников наиболее часто вызывает негативную реакцию

и психологического здоровья – центром подлинной культуры. И на это грешно жалеть деньги и учебные часы!

Вызывает большую тревогу, что в последнее время наметилась тенденция к сокращению и даже исключению учебных часов по нравственно-просветительским темам из рабочих программ для студентов, а также ординаторов, аспирантов и врачей-педагогов, обучающихся по программе повышения квалификации и программе «Преподаватель высшей школы». Сложившаяся тенденция ведёт к разрушению исконных традиций отечественной медицины, отсутствию преемственности до- и последилового образования, а в конечном счёте ухудшает стиль взаимоотношений с пациентами и результаты лечения.

Вне учебного поля остались крайне важные для личностного и профессионального роста обучающихся темы – трёхуровневая (дух – душа – тело) концепция здоровья и здорового образа жизни; нравственные и психологические аспекты болезни, профилактики заболеваний и реабилитации пациентов; роль деонтологического воспитания в укреплении психологического и социального здоровья врача, профилактике синдрома эмоционального выгорания, медико-деонтологических ошибок, ятрогенных заболеваний, искусственных абортов и т.п.

Убеждён, что итогом обучения в медицинском вузе должна стать профессиональная компетентность врача. В ней интегрированы его личностная позиция (включая мотивационно-ценностное отношение к здоровью и ЗОЖ), духовно-нравственная позиция (отношение к пациенту как страдающей личности, соблюдение этико-деонтологических норм) и профессионализм (владение конкретными знаниями, навыками, умениями). Это своего рода триединство позволяет врачу стать подлинным мастером лечебного дела – реализовывать гуманистические ценности, нести ответственность за поступки, налаживать и поддерживать психологически и педагогически грамотный контакт с коллегами, пациентами и их родственниками, участвовать в позитивных социальных переменах...

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры педагогики
и психологии,
кандидат медицинских наук.

Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Взгляд

Вопрос жизни и смерти

Бундестаг – место для дебатов

Немецким парламентариям предстоит определиться по четырём законопроектам, авторы которых имеют различные представления о допустимости эвтаназии в Германии.

Острота споров объясняется не только морально-этической и религиозной проблематикой, но и историческим наследием. В гитлеровской Германии около 300 тыс. человек с психическими расстройствами, наследственными заболеваниями, физическими ограничениями стали жертвами эвтаназии. (По этой причине, кстати, в ФРГ стыдливо избегают дискредитированного нацистами понятия «эвтаназия», а говорят о помощи при добровольном уходе из жизни.)

Что предписывает закон

Пока об активной эвтаназии в этой дискуссии и речи нет. Она приравнена в ФРГ к неумышленному убийству, за которое грозит уголовное наказание в виде лишения свободы сроком до 5 лет. Допускается лишь отключение в больнице от аппаратов, поддерживающих жизнедеятельность организма больного, находящегося в коматозном состоянии, правда, только в том случае, если на то есть так называемое «завещание пациента».

Но вот на вопрос, можно ли выполнить просьбу больного раком в последней стадии пациента, находящегося в сознании, и дать ему смертельную дозу болеутоляющего, которую он сам бы выпил, в немецком законодательстве однозначного ответа нет. Ассистирование при самоубийстве – это серая правовая зона.

С одной стороны, суицид или его попытка не является составом преступления, а значит, и помощь в его совершении ненаказуема. То есть на прикроватный столик неизлечимо больного человека, желающего покончить с собой, в принципе, можно положить сверхдозу снотворного. С другой стороны, есть статья за неоказание помощи. Значит, полагается вызвать «скорую», когда выпивший смертельное лекарство человек впадёт в бессознательное состояние. Немецких врачей в таких случаях, как правило, не наказывают, но и однозначного разрешения на такие их действия нет.

Ясность в эту серую зону

Попытки парламентариев внести ясность в эту серую правовую зону привели к тому, что в бундестаге сформировались целых четыре группы, каждая из которых подготовила свой законопроект. Причём группы эти смешанные, не разделённые, как это обычно бывает, по принципу фракционной принадлежности.

Первый проект предусматривает запрет и на коммерческую помощь смертельно больным людям, ре-

шившим добровольно уйти из жизни (как, например, в Швейцарии), и на другого рода помощь, которая осуществляется на регулярной основе. Имеются в виду в первую очередь общественные союзы, не нацеленные на извлечение прибыли, но оказывающие такого рода услуги своим членам.

Вторая группа депутатов настроена ещё более радикально и считает необходимым сажать на 5 лет в тюрьму всех, кто, мол, подстрекает к добровольному уходу из жизни или ассистирует при суициде.

Позиции третьей и четвёртой группы депутатов близки и отличаются только в нюансах. Бывший священник и вице-председатель бундестага христианский демократ Петер Хинце вместе с бывшим врачом социал-демократом Карлом Лаутербахом считают, что докторам должно быть однозначно разрешено при определённых условиях помогать смертельно больным людям безболезненно уйти из жизни. Ещё более либеральных взглядов придерживаются депутаты, сплотившиеся вокруг представителей фракции «Союз-90»/«зелёные».

Предпочтительными считаются шансы законопроекта первой группы. Его поддерживает относительное большинство депутатов (но меньше половины), а также канцлер Ангела Меркель, её заместитель Зигмар Габриэль и лидеры трёх парламентских фракций.

Кстати

Жертвам программы «Смерть из жалости»

Год назад в Берлине открыт памятник жертвам программы умерщвления «Т-4» или «Смерть из жалости» в гитлеровской Германии. Мемориал установлен перед зданием Берлинской филармонии на улице Тиргартенштрассе. На этом месте в третьем рейхе находилось управление, ведавшее вопросами организации стерилизации и физического уничтожения людей с психическими расстройствами, наследственными заболеваниями, физическими ограничениями. Жертвами эвтаназии во время национал-социализма стали около 300 тыс. человек.

Памятник представляет собой 24-метровую стену из голубого стекла и построен по проекту архитекторов Урсулы Вильмс и Хайнца В.Хальмана.

По мнению представителей этой группы, в Германии либерализация законов об эвтаназии может побудить неизлечимо больных людей к добровольному уходу из жизни, чтобы не быть обузой для родственников и общества.

К тому же, добавляют они, предложенное первой группой наказание за «регулярность» помощи при добровольном уходе из жизни, а не только с целью извлечения прибыли, приведёт к тому, что все врачи, которым сейчас в исключительных случаях разрешается облегчать страдания пациентов, окажутся под угрозой уголовного преследования. Ведь прокурор может и единичный такой случай – с учётом специфики медицинской профессии – расценить как начало целой серии.

Ещё раз об эвтаназии

Организации, содействующие эвтаназии, объявлены в ФРГ вне закона. После двухлетних дебатов германский бундестаг на днях значительным большинством проголосовал за принятие соответствующего законопроекта, предложенного социал-демократкой Керстин Гризе и христианским демократом Михаэлем Брандом.

Согласно этому документу, родственники, оказывающие содействие безнадежно больным людям в добровольном уходе из жизни, освобождены от уголовного преследования. Однако предложения об «ассистируемой эвтаназии» от соответствующих организаций впредь будут запрещены.

Законопроект Гризе и Бранда уже во втором туре голосования неожиданно набрал больше голосов, чем все альтернативные законопроекты вместе взятые. В третьем чтении этот документ был принят 360 голосами против 233.

Сенсация

Американские хирурги провели сенсационную, очень сложную операцию по пересадке человеческого лица. Она продолжалась 26 часов. 41-летнему пожарному Патрику Хардисону пересадили рекордное количество лицевой ткани, фактически заменив его обезображенное пожаром лицо на лицо донора.

Попытка № 72

26 часов на полную пересадку лица



Хардисон в 2001 г. получил серьёзные ожоги, попытавшись спасти женщину из горящего трейлера. После инцидента пожарный почти утратил зрение, а его лицо потеряло все характерные черты. За последние 14 лет его оперировали 71 раз, пытаясь устранить последствия пожара, но безуспешно.

Донором лица стал 26-летний нью-йоркский художник Дэвид Родебау. За год до операции он скончался в больнице от травмы, полученной во время гонок на мотоцикле. «Мы искали идеального донора», – рассказывает проводивший операцию хирург Эдуардо Родригес. Донор был подобран так, чтобы максимально снизить

риск отторжения новых тканей. Использование лица Родебау для операции одобрила его мать.

В ходе операции были восстановлены уши, веки, брови, шея пациента. В ближайшее время к Хардисону должно начать возвращаться зрение. Хирургам пришлось изменить форму черепа пациента, чтобы его новое лицо не «свисало» с черепа.

Это первый случай в истории медицины, когда человеку пересажают столь большое количество лицевой ткани, хотя частичные пересадки проводились уже много раз. Первым пациентом, которому сделали пересадку лицевой ткани, стала француженка Изабель Динуар в 2005 г.

Сомнология

Всё о снесте

Короткий сон во время обеденного перерыва могут себе позволить немногие. Однако возможностей для такого сна становится всё больше. Вздремнуть во время обеденного перерыва весьма полезно, считает руководитель центра сомнологии при Университете Регенсбурга Юрген Цуллей.

– Короткий сон улучшает работу сердечно-сосудистой системы и снимает стресс. На этот счёт есть даже конкретные цифры. Сон после обеда снижает риск инфаркта и инсульта на 30%, – подчёркивает эксперт. Исследование, проведённое Университетом Дюссельдорфа, тоже доказало, что короткий сон во время перерыва улучшает память, концентрацию и работоспособность.

Где спят клерки?

В Нью-Йорке короткий бодрящий сон стал уже источником дохода. Пока одни спят, другие пытаются заработать на сне. Так в кварталах, где работают банковские и офисные работники, стали появляться зоны отдыха, в которых всего за несколько долларов можно отдохнуть в мягких и удобных креслах.

Сон после обеда давно стал частью корпоративной культуры и в Японии. На многих предприятиях появились специальные залы для короткого сна, и всё большей популярностью пользуются капсулы для сна в салонах.

Заработать на сне недавно попытались и в немецкой финансовой столице – во Франкфурте-на-Майне. Один из местных кинотеатров предоставил офисным сотрудникам удобные кресла для сна под звуки морского прибоя. Цена услуги – 3 евро за полчаса. Крупные концерны и средние

фирмы предлагают своим сотрудникам возможность вздремнуть во время рабочего дня в специально оборудованных помещениях.

А артисты?

Инго Фитц, профессор берлинской клиники Charité и руководитель центра сомнологии, вместе со специалистами по акустике и световому дизайну создал в помещениях Государственного берлинского балета комнату отдыха из отдельных кабин. Она обошлась творческому коллективу в 40 тыс. евро.

– Наши танцоры во время выступления тратят много сил. Именно поэтому нам было важно создать такую зону отдыха, в которой они перед выходом на сцену и после спектаклей могли бы отдохнуть и восстановить свои силы, – подчёркивает заместитель интенданта Государственного балета Кристиане Теобальд.

Стор-кадр

Фотография 10 американских женщин-военных, кормящих детей грудью, приобрела в Интернете «вирусную» популярность. Сотни людей выражают благодарность фотографу Таре Руби за напоминание миру о том, что кормление детей в публичных местах не является чем-то предосудительным.

Фотограф не понаслышке знает, каково быть молодой матерью в армии. Она прошла через это во время службы в американских ВВС. «Я кормила ребёнка везде, где могла найти место. Не было специального помещения. Много раз я работала всю ночь, и мне нужно было найти пустой офис, чтобы сцедить молоко».

На эту фотографию её вдохновило решение руководства военной базы Форт-Блисс в Техасе, которые открыли комнату для кормления для матерей на военной службе.

Солдатская грудь

Шаг навстречу женщинам-военнослужащим США



«Мы так многого достигли, – написала она. – Кормление грудью не означает, что они перестают быть

солдатами, я думаю, как солдаты они становятся лучше», – пишет фотограф в Фейсбуке.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Der Spiegel, Associated Press, Science Daily, DPA, KNA.

Вехи

В этом году исполняется 95 лет со дня создания НИИ медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И.Марциновского (НИИМПитМ) Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

1 ноября 1920 г. штатной комиссией Наркомздрава был утверждён список сотрудников НИИ – тогда он назывался «Институт протозойных заболеваний и химиотерапии. Тропический институт». Директором был назначен известный учёный Евгений Марциновский (1874–1934), который оставался на этом посту до 1934 г. Первый состав сотрудников института также примечателен и состоял из известнейших учёных страны: К.Скрябин, В.Подъяпольская, Н.Шихобалова, З.Василькова, Ш.Мошковский, В.Беклемишев, М.Рашина, Е.Тареев.

С первых дней существования перед коллективом института была поставлена сложная задача – избавление населения советской страны от малярии, которой ежегодно заболело несколько миллионов человек. Эта болезнь протекала тяжело, сопровождалась смертельными случаями и наносила громадный социальный и экономический ущерб. Руководство института направило усилия на создание 8 профильных учреждений в союзных республиках и сети из 2500 противомаларийных станций, которые работали как единое целое, выполняя научные и практические работы.

Под руководством академика П.Сергиева осуществлялись эпидемиологические наблюдения в очагах малярии. Практически на всей территории страны велись исследования по биологии, экологии, популяционной биологии малярийных комаров, оценке их эпидемиологического значения в разных регионах. Изучались особенности клинического течения малярии и совершенствовались методы лечения этого недуга. На экспериментальных моделях исследовался воз-

будитель малярии, изменения его свойств под действием препаратов, разрабатывались основы химиотерапии малярии.

В результате малярия как массовое заболевание к 1960 г. в СССР была ликвидирована. Сейчас в России отмечаются единичные случаи, при том, что в мире за год эта болезнь уносит до 1 млн жизней. Не случайно Нобелевская премия этого года по медицине полностью досталась паразитологам, в частности за препарат от малярии.

После победы над этой болезнью перед институтом встал проблема гельминтозов, которыми в СССР ежегодно заболело более 20 млн человек, 90% из которых составляли дети. Правительством страны принимаются постановления о ликвидации тениаринхоза, анкилостомидозов и резком снижении заболеваемости аскаридозом. В целях изучения физиологии гельминтов и раз-

работки новых методов доклинического испытания лечебных препаратов были созданы уникальные лабораторные модели гельминтозов.

В институте велись синтез новых отечественных антигельминтиков и ресинтез лучших зарубежных препаратов. Здравоохранение получило малотоксичные фенисал и его комбинации – дихлосал и трихлосал, а позднее – медамин, азинокс, альбендазол, трихлорофен, что позволило лечить население практически от всех гельминтозов, регистрируемых на территории страны. За достижения в деле борьбы с малярией и гельминтозами в 1971 г. институт был награждён орденом Трудового Красного Знамени.

В годы Великой Отечественной войны, с 1941 по 1943 г., Институт продолжает свою деятельность на базе Узбекского института малярии и медицинской паразитологии в Самар-

канде. Здесь П.Сергиев организует лабораторию антибиотиков. Г.Гаузе и М.Бражникова выделили антибиотик грамицидин С, внедрение которого в лечение гнойных ран спасло жизни миллионов советских солдат, а разработчики препарата были удостоены Государственной премии.

Многие годы в институте существовал лепрозный отдел, который внёс большой вклад в изучение особенностей возбудителя, клиники и лечения лепры, а также в организацию борьбы с ней в СССР.

В настоящее время НИИМПитМ имеет в своей структуре 5 научных подразделений: отделы медицинской гельминтологии, протозоологии, энтомологии, синтеза и доклинического изучения противопаразитарных препаратов, а также отдел разработки терапевтических методов лечения паразитарных болезней. В стенах института проходят международные конференции, семинары и курсы ВОЗ.

А вот что нам рассказал нынешний директор НИИ, профессор кафедры тропической медицины и паразитарных болезней Евгений Морозов:

«На сегодняшний день мы обеспечиваем биологическую безопасность Российской Федерации по паразитарным болезням. Развиваются направления молекулярной паразитологии, все виды молекулярной биологической и иммунологической диагностики паразитозов. Так же происходит обеспечение импортонезависимости РФ по классу противопаразитарных препаратов. В институте разработана полная линейка противопаразитарных препаратов,

но сейчас, ввиду отсутствия заказов от государства, их выпуск прекращён. Поэтому идёт поиск инвесторов на их производство, чтобы россияне могли лечиться отечественными лекарствами.

В 2000 г. нас присоединили к Первому меду, и это положительно сказалось на развитии института и подготовке молодых кадров. Сейчас у нас есть аспирантура, студенческий кружок. В аспирантуре НИИ обучается 8 человек, есть один докторант. На базе НИИ функционирует кафедра тропической медицины и паразитарных болезней МПФ под руководством академика РАН В.Сергиева. Комплекс НИИ и кафедры расширяют возможности преподавания за счёт участия студентов и слушателей в реальных научных исследованиях и экспериментах. Мы не только показываем научные опыты, но и даём возможность студентам приобретать необходимые практические навыки и умения.

Благодаря помощи ректора Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Петра Глыбочко закуплено современное оборудование, лаборатории оснащены всем необходимым, а институт получил возможность ещё более продуктивно работать».

Добавим, что сотрудником НИИМПитМ им. Е.И.Марциновского присуждена Премия Правительства РФ 2013 г. в области образования и Премия РАМН имени П.Г.Сергиева за лучшую работу в области медицинской паразитологии.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Имена и судьбы

Евангелие от Пазолини

Христа с Марксом, Эдем с Содомом мирил художник

Прошло 40 лет с того дня, когда безжизненное тело Пазолини было обнаружено на пустынном пляже. Убийцы расправились с ним с особой жестокостью.

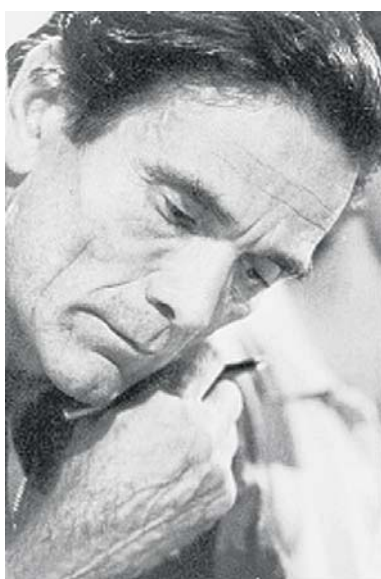
Итальянский кинорежиссёр, поэт и прозаик Пьер Паоло Пазолини (1922–1975) жил буквально в стане ненавистников. По своим политическим взглядам являлся марксистом и коммунистом, что находило отражение в его литературных и кинематографических творениях, в которых он с антибуржуазных позиций высказывался на темы политики, религии и идеологии, эпатажируя публику оригинальными прочтениями классических мифов и сочетая марксизм с учением Христа и человеческой сексуальностью в самых разнообразных и неожиданных её проявлениях.

Объявленное убийство

Ужасная смерть не была неожиданной. С 1949 г. против Пазолини было возбуждено 33 судебных процесса; он обвинялся в попытках совращения несовершеннолетних, оскорблении общественной нравственности, аполонии преступлений, оскорблении чести полиции, диффамации и клевете на частных лиц, соучастии в ограблении. На протяжении 20 лет итальянские СМИ не без успеха создавали образ «отщепенца» Пазолини. Своё категорическое

«нет» Пазолини говорил власти, школе, газетам и телевидению – «невозмутимым блюстителем ужасного порядка, основанного на идеях обладания и разрушения».

«Многие мне так и не смогли простить того, что я творю, не закабалённый никем из власти имущих и не подчиняясь закону выживания... Ненависть и оскорбления я вызывал в гораздо большей мере тем, что пользовался правом на свободу слова, в котором никогда никому не отказывал, нежели сексуальными



отклонениями», – писал Пазолини.

Полемические стрелы поэта с равной меткостью целились в коррумпированные власти, буржуазный истеблишмент, про-

грессивную интеллигенцию и неофашистов. В последние месяцы жизни Пазолини часто угрожали расправой, незадолго до смерти он был сильно избит неонацистами, у него были украдены бобины последнего фильма «Сало, или 120 дней Sodoma». Пазолини всю жизнь шёл на этот риск, отстаивая свою вызывающую независимость и надеясь на кошачью живучесть.

Тайне сорок лет

Пьер Паоло Пазолини был убит 2 ноября 1975 г. в Остии близ Рима. Его тело было найдено утром в луже крови. У него было переломано 10 рёбер, раздавлено сердце, разбита челюсть, сломана левая рука и наполовину вырваны уши. По его телу несколько раз проехала машина. 17-летний Джузеппе Пелози был арестован и осуждён за убийство, но 7 мая 2005 г. он отказался от своего добровольного признания в убийстве, и расследование было возобновлено.

В преступлении участвовали сразу четверо, а не один Пелози. По данным журнала Oggi, помимо Пелози в убийстве Пазолини принимали участие ещё два подростка, братья-неофашисты Франко и Джузеппе Борселлино, умершие впоследствии от СПИДа. Личность четвёртого злоумышленника не установлена.

Это преступление продолжает оставаться одной из самых больших нераскрытых тайн Италии XX века. После смерти Пазолини Пино Пелози признавался, что он не убивал его и видел трёх парней с южным акцентом, сидящих в машине около машины Пазолини, которые потом и убили его с криками «поганый коммунист» и т.д.

Друзья Пазолини не раз признавались, что в процессе подготовки фильма «Сало, или 120 дней Sodoma» Пьер получал многочисленные угрозы от фашистов. Сама картина имела длинную скандальную историю, однако убийство режиссёра так и не связали с её выходом и волной протеста.

...По другой версии, Пазолини убили за то, что ему стали доступны некие секреты итальянской нефтегазовой компании ENI, о которой он писал в последней своей работе.

Юрий БОРИСОВ.
МИА Cito!

А ещё был случай

In vino veritas!

Говорят, что французы – лучшие любовники. Утверждать не буду, но проверить стоит, пока не состарилась.

Сильная половина человечества также утверждает, что французы – лучшие виноделы. Чтобы в этом убедиться – отправляемся с подругой Светланой во французское посольство на ежегодный праздник молодого вина. Тоже ведь надо проверить.

«Сомневающимся», как и я, много: все они «втекают» очередью аж в 3 ряда в гостеприимно распахнутые двери французского посольства и «разливаются» по залам. Представлено аж 32 винных дома! Молодое, дерзкое, возбуждающее вино отовсюду льётся рекой, столы ломаются от разного вида закусок, под сводами витает музыка и дух веселья. Замечательный праздник!

Я, бывший сельский доктор, а ныне столичный врач, на мероприятии такого уровня впервые, и здесь всё мне в новинку: всё хочется попробовать, во всём поучаствовать. Само приглашение сюда было неожиданным и приятным – сродни празднику. Его я получила от своего нового пациента в знак благодарности за оказанное внимание и проведённое лечение.

У нас в России принято благодарить докторов. То ли это проявление широты русской души, то ли ещё чего – я не задумывалась. Но это – приятно. Если благодарные сельские жители старались накормить свою



тощую докторицу домашними харчами, то в столице вместо авоськи с продуктами – этот праздничный «приём» во французском посольстве. Почувствуйте разницу, Любовь Евгеньевна!

Меня впечатляет всё: и место праздника, и его размах, и царящее здесь безудержное веселье, и лёгкое опьянение в голове, от которого хочется петь, танцевать, но почему-то плохо слушаются ноги.... Странно, мы же посетили только 16 винных «домов», впереди ещё столько же!

Нет, молодцы всё же виноделы из Божоле – такой рекламно-маркетинговый ход придумали для пиара своего не самого лучшего напитка. Правда, на мой неизощрённый вкус вино

кажется кисловатым и простецким. И хоть раньше других французских вин оно созревает, зато и «умирает» уже через 3-4 месяца. Выход один: надо пить – всё... сразу...

На церемонии откупоривания первой бутылки приглашаются кинозвезды и политики, первый бокал хмельного напитка продаётся с аукциона, устроители проводят различные конкурсы, разыгрывают призы.

Всё и сразу... Поэтому это единственное в мире вино, которое продаётся не литрами, а «метрами» – батарея бутылок выстраивается во всю длину барных стоек, по 12 штук на метр, а 13-я дарится счастливчику хозяином заведения. Наше «заведение» подарило нам

возможность продегустировать дерзкое молодое вино от 32 французских винных домов.

Вы думаете это легко было сделать неподготовленному доктору? До дому я так и не добралась – заночевала у Светы. Если мой язык уже припробовался улавливать разные вкусовые оттенки вина у разных винных «домов», то ноги взбунтовались и отказали полностью. А душа... – душа пела! Нет, у этого молодого лёгкого вина воистину вкус праздника!

Ну французы, ну весёлый народ! Да здравствует праздник молодого вина и наши благодарные пациенты!

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Москва.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Что в чаше жизни?

- Письмо в Институт русского языка: «У меня большие проблемы. Разрешите писать слово проблемы с двумя «м». А ещё лучше – с тремя».
- Найди своё место в жизни. А там уже – ищи своё счастье.
- Отнеси свои чувства в женское общежитие. Там они будут сохранены навечно.
- Табличка «Вход свободный» заканчивается табличкой «Выход платный».
- Чашу жизни опасно разбавлять протухшей водой.
- Шеф болел за работу – в свою фирму принимал только здоровых.
- Сколько бы ни собиралось дураков, настоящий дурак всегда один.
- Не унижай народ. Великаном всё равно не станешь.
- Собрался с мыслями. И провёл закрытое собрание под шифром «Тайная вечеря».
- Вчера в столице был «День без автомобиля». Сегодня «День без пассажира». Когда будет «День без автоинспектора»?
- Больше всего голова болит, когда сидишь не на своём месте.
- Потому они и писатели, чтобы не читать друг друга.
- Пришло время новостей – открывай ва-режку.
- Сегодня День учителя! Пойду учить соседа на самых законных основаниях.
- Используй свои способности только для своих возможностей.
- Хочешь сохранить тайну? Запиши её на бумажку и проглотить.
- Кандалы всегда шагают в ногу.
- Гимн поп-звезды: «И только глянец впереди».
- Семья – это минимум две правды.
- Всё его творчество разошлось на цитаты для судебных решений.
- Специальность – кузнец. Специализация – счастье.
- Комплименты... моменты... алименты... таковы вехи жизни.
- Я уважаю ваше мнение, но слушать его не хочу.
- Если нравится, – приезжайте к нам в Москву. Если не нравится – мы вас депортируем.
- Суббота – праздник, который в каждом календаре.
- Любовь – там, где нет ненависти.
- Навела порядок в личной жизни своего мужа.

Москва.

Кавк. голубцы				Франц. дерматолог	Рос. композитор	СКАНВОРД										Юлий Агрикола	Рос. физик				
Убедительный	Малый крохаль		Известков. горная порода			Болг. царская династия	"Чародей", актер								Виноград. сок	Город, Алжир	Офлюксацин		Гимн. фигура		
				Аз, буки, ...			Гнет	Ткань, Азия		Рус. поэт		Франкские племена	Солдат					Жерлянка			
Толте-родин	Брюсов, книга		Рига			Как бельмо на ...				Ягдташ						Запряжка гуськом					
			Сохатый	Третья степень числа			Воинская площадь	Гонимые (созв.)		Вудс	Город, Оренб. обл.	Смехова									
Порт, Азов. море		Бог из асов			"Братья Симеон"	Морская выдра	Город, Иванов. обл.	Восток	"Лже-Нерон", перс.							Деньги, Латвия					
			Судьба			Нота	Метал. стержень		Даже					Д О Ч К А А		Ш Е С Т Ь		С			
Рахманинов, опера	Укоризна				Муз. пьеса									Р А Г А Л В У С	Б Р И Г С	К А С	К Л У Ш А				
Автор Валерий Шаршуков			Дерев. башмаки	Ореол										Е Н И К Н К	О У И	Ж А С	К Л У Ш А				
														З О Д И Н Е Р	В И З А Д	Ж У Л И У С	П И М				
														О Д И Н А О Н Ы	И А М У Р	М И М	О С Е Н Ь				
														Р А Л А С	Б О К С	П А	К А Р Л Р А Я				
														Б О Б	И У Р А З	А Т У М	Т				
														А М О Л О Х	К О П Р	Л О Д И					
														В А А Г И Н	И З А Т И Н						

Ответы на сканворд, опубликованный в № 88 от 25.11.2015.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-10-00449
Тираж 31 102 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент – Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.